

**PERSONALE A.T.A.  
RICHIESTA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA**

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO E GESTIONE  
DEL PERSONALE DELLA SCUOLA  
UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO E MOBILITA'  
DEL PERSONALE SCOLASTICO**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, matricola \_\_\_\_\_ nat\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_  
nel profilo di \_\_\_\_\_ titolare presso l'istituzione  
scolastica/formativa \_\_\_\_\_

superato il periodo di prova    SI     NO

**CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA**

**ANNUALE 2019 /2020**

**BIENNALE 2019/2020 - 2020/2021**

**del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre 2019**

**corrispondente a:**     **18** ore settimanali     **21** ore settimanali     **24** ore settimanali     **30** ore  
settimanali

**e con tipologia:**

**orizzontale**                      con prestazione lavorativa settimanale articolata su  5 giorni o  6 giorni  
giorno non lavorativo \_\_\_\_\_ con:

**orario antimeridiano**     **orario pomeridiano**     **orario misto**

**verticale settimanale**    con prestazione lavorativa articolata su  3 giornate     4 giornate

(indicare i giorni) \_\_\_\_\_

**verticale annuale**                      con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno  
\_\_\_\_\_ e  
articolata su  5 giorni o  6 giorni settimanali

**per la durata di:**             6 mesi     7 mesi     8 mesi     10 mesi

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria,

**allego**

la seguente documentazione:

---

---

**inoltre**

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARO**

di **convivere con:**

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 0 e 3 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 3 e 8 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 8 e 16 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 16 e 18 anni:** *(indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):*

---

---

come risulta dagli atti del Comune di residenza.

di **essere:**

- affetto da grave debilitazione psico-fisica
- affetto da grave patologia anche temporanea
- disabile certificato ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- invalido (specificare se del lavoro/civile) con un grado invalidità pari al \_\_\_\_\_%

di **convivere con familiare di età superiore a 75 anni** *(indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale e grado di parentela del familiare convivente):*

---

---

come risulta dagli atti del Comune di residenza

di **beneficiare dei permessi accordati ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104**<sup>1</sup> per assistere il/la sig./sig.ra (indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela del familiare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di **assistere** il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela) che necessita di assistenza (barrare la voce che interessa):

- a seguito di grave debilitazione psico-fisica
- in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza/alcolismo
- in quanto affetto/a da gravi patologie
- in quanto non autosufficiente
- in quanto invalido al 100%

di avere superato il 50° anno di età.

di frequentare l'Università o una scuola secondaria superiore.

**Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell' Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016, allegata alla circolare relativa alle richieste di part-time per l'anno scolastico 2019/2020.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:**

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'Istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello il nome del dipendente) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> deve trattarsi del familiare che il dipendente assiste ai sensi dell'art. 33 della legge 05.02.1992, n. 104 e ss.mm.

**RISERVATO AL DIRIGENTE**

Il sottoscritto Dirigente, presa visione dell'istanza presentata dal\_\_ dipendente \_\_\_\_\_

**ritiene**

che le indicazioni formulate dal\_\_ dipendente **sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio;

**(oppure)**

che le indicazioni formulate dal\_\_ dipendente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**e quindi propone**

che la prestazione lavorativa a tempo parziale venga effettuata come di seguito indicato:

**corrispondente a:**     **18** ore settimanali     **21** ore settimanali     **24** ore settimanali     **30** ore settimanali

**e con tipologia:**

**orizzontale**                      con prestazione lavorativa settimanale articolata su  5 giorni o  6 giorni  
giorno non lavorativo \_\_\_\_\_ con:

**orario antimeridiano**     **orario pomeridiano**     **orario misto**

**verticale settimanale**    con prestazione lavorativa articolata su  **3 giornate**     **4 giornate** nelle  
giornate di \_\_\_\_\_

**verticale annuale**            con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno  
\_\_\_\_\_ e  
articolata su  5 giorni o  6 giorni settimanali con rientro pomeridiano (ove previsto) nelle giornate di  
\_\_\_\_\_

**di durata:**             **6 mesi**             **7 mesi**             **8 mesi**             **10 mesi**

verificando che il/la dipendente     concorda     non concorda    con la proposta suddetta.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Dirigente)