

**INSEGNANTI FORMAZIONE PROFESSIONALE  
MODELLO DI RICHIESTA DI TRASFORMAZIONE TEMPORANEA**

AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO E LA GESTIONE DEL  
PERSONALE DELLA SCUOLA

UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO E MOBILITÀ DEL  
PERSONALE SCOLASTICO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI RUOLO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ QUALE INSEGNANTE DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE  
\_\_\_\_\_ (INDICARE LA MATERIA DI INSEGNAMENTO)

ASSEGNATO/A ALL'ISTITUTO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

IN PERIODO DI PROVA SI  NO

**CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA  
del rapporto di lavoro a tempo parziale per l'anno formativo 2019/2020**

al \_\_\_\_\_ % (non inferiore al 50%) di quella a tempo pieno

**con articolazione**

orizzontale (art.6 lett. A contratto decentrato del 05.02.2007)

verticale settimanale (art. 6 lett. B contratto decentrato del 05.02.2007)

con prestazione lavorativa articolata su  3 giornate  4 giornate

verticale annuale (art. 6 lett. C contratto decentrato del 05.02.2007)

con prestazione lavorativa nei mesi \_\_\_\_\_  
(sono ammesse le tipologie 6/7/8/10 mesi lavorativi)

*ai fini della formazione della graduatoria, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 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 (articolo 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),*

**dichiara**

**di convivere con:**

figli propri e/o del coniuge/compagno/a /convivente, di età inferiore a 6 anni: (indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):

\_\_\_\_\_

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di età compresa tra 6 e 14 anni: (indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):

\_\_\_\_\_

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di età compresa tra 14 e 18 anni: (indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):

\_\_\_\_\_

come risulta dallo stato di famiglia, e che il coniuge/compagno/a /convivente (indicare cognome, nome e data di nascita, codice fiscale):

\_\_\_\_\_

**di essere:**

affetto da grave debilitazione psico-fisica

affetto da grave patologia

invalido \_\_\_\_\_ (specificare se del lavoro/civile o per servizio) con un grado invalidità pari \_\_\_\_\_ %

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

(indicare cognome, nome, data di nascita, codice fiscale, residenza e grado di parentela del familiare), per cui beneficio di permessi ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

**di assistere** con carattere di continuità ed esclusività- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

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

a seguito di grave debilitazione psico-fisica

in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza//alcoolismo

in quanto affetto/a da gravi patologie

in quanto anziano non autosufficiente

in quanto invalido al 100%

**di frequentare l'università di** \_\_\_\_\_ ovvero la scuola secondaria superiore \_\_\_\_\_ (indicare con precisione la scuola ed il corso di studi, ovvero l'università frequentata/facoltà/corso di studi ed eventualmente la sede)

di avere superato il 50° anno di età.

**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 formativo 2019/2020.**

Data

Firma dell'interessato/a

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).....

**RISERVATO AL DIRIGENTE**

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

**ritiene**

che le indicazioni formulate dal/dalla dipendente sono compatibili con le esigenze organizzative dell'Istituto;

(oppure)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e quindi

**propone**

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

con prestazione lavorativa pari al \_\_\_\_\_ % (non inferiore al 50%) di quella a tempo pieno,

**con articolazione**

orizzontale (art.6 lett. A contratto decentrato del 05.02.2007)

verticale settimanale (art. 6 lett. B contratto decentrato del 05.02.2007)

con prestazione lavorativa articolata su  3 giornate  4 giornate

verticale annuale (art. 6 lett. C contratto decentrato del 05.02.2007)

con prestazione lavorativa nei mesi \_\_\_\_\_

(sono ammesse le tipologie 6/7/8/10 mesi lavorativi)

**attesta che il/la dipendente**

**concorda**

**non concorda con la proposta suddetta**

Data

Il Dirigente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_