

PERSONALE INSEGNATE SCUOLA DELL'INFANZIA
DOMANDA DI ARTICOLAZIONE PLURIENNALE DELL'ORARIO DI LAVORO

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO E LA
GESTIONE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA**
**Ufficio gestione del rapporto di lavoro del
personale della scuola**
via PITre

Il/La sottoscritto/a matricola
nato/a a il dipendente a tempo
indeterminato con la qualifica di , titolare presso
l'istituzione scolastica/formativa

C H I E D E

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale nell'arco di un quinquennio.

Chiede inoltre di poter fruire del periodo di riposo:

- nel PRIMO anno scolastico dalla domanda (requisito: anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- nel SECONDO anno scolastico dalla domanda (requisito: anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- nel TERZO anno scolastico dalla domanda (requisito: anzianità di servizio di almeno 15 anni)
- nel QUARTO anno scolastico dalla domanda (requisito: anzianità di servizio di almeno 10 anni)
- nel QUINTO anno scolastico dalla domanda (requisito: anzianità di servizio di almeno 10 anni)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, 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 dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

come risulta dagli atti del Comune di residenza, di convivere con i seguenti figli propri e/o del coniuge/convivente

ETA'

COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA E CODICE FISCALE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

di **essere** affetto da grave debilitazione psico-fisica, da grave patologia o di essere invalido civile, del lavoro o per causa di servizio (*)

di **assistere con carattere di continuità** il/la sig./sig.ra

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, grado di parentela del familiare e codice fiscale)

per il/la quale è beneficiario unico di permessi ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (*)

di **assistere con carattere di continuità e di esclusività** il/la sig./sig.ra

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, grado di parentela e codice fiscale del familiare convivente)

che necessita di assistenza a seguito di grave debilitazione psico-fisica, in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza/alcoolismo, in quanto affetto/a da gravi patologie, anziano non autosufficiente oppure invalido al 100% (*)

di **frequentare** l'Università di

ovvero la scuola secondaria superiore

per il conseguimento del titolo di

(indicare 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**

(*) Ai fini dell'attribuzione del punteggio, il/la sottoscritto/a :

indica gli estremi identificativi dei documenti sanitari per il quale sono stati già presentati all'Amministrazione

si impegna ad inoltrare relativa documentazione secondo le modalità e le tempistiche previste nella circolare

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa privacy dell'Ufficio per la gestione del rapporto di lavoro del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Privacy policy" dello Sportello del Dipendente (NSD).

Luogo e data

(Firma del dipendente)

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto Dirigente, presa visione dell'istanza presentata dal/la dipendente suddetto/a

RITIENE

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

(oppure)

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

e quindi PROPONE

che il periodo di riposo venga effettuato nell'anno scolastico

il/la dipendente: **concorda** / **non concorda** con la proposta suddetta

Data

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE