

**INSEGNANTI FORMAZIONE PROFESSIONALE
MODELLO RICHIESTA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA**

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO
E LA GESTIONE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA**
UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO
E MOBILITÀ DEL PERSONALE DELLA SCUOLA

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 2020/2021**

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. 104¹;

¹ deve trattarsi del familiare per il quale il dipendente ha già ottenuto la concessione delle agevolazioni di cui all'art. 33 della legge 05.02.1992, 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//alcolismo
- 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 scolastico 2020/2021.

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

Il Dirigente

Data