

**PERSONALE AUSILIARIO, TECNICO E AMMINISTRATIVO (A.T.A.)
RICHIESTA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA ANNUALE**

**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

superato il periodo di prova ☐ SI ☐ NO

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA ANNUALE

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

¹

di durata pari a:

☐ **18** ore settimanali ☐ **21** ore settimanali ☐ **24** ore settimanali ☐ **30** ore settimanali

tipologia:

☐ **orizzontale**

con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ **5 giorni** o ☐ **6 giorni** settimanali

(giorno **non** lavorativo)

con orario: ☐ **antimeridiano** ☐ **pomeridiano** ☐ **misto**

☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ **3 giorni** ☐ **4 giorni** settimanali

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato

☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

☐ gennaio ☐ febbraio ☐ marzo ☐ aprile ☐ maggio ☐ giugno

☐ luglio ☐ agosto ☐ settembre ☐ ottobre ☐ novembre ☐ dicembre

articolata su ☐ **5 giorni** o ☐ **6 giorni** settimanali

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

¹INSERIRE ANNO

inoltre

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, 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),

DICHIARA

☐ che i seguenti **figli minori** sono con me conviventi e/o non convivono ma sono affidati a entrambi i genitori:

ETA'

COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA E CODICE FISCALE

☐ di **essere** persona con disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92 e ss.mm, affetta da grave debilitazione psico-fisica, affetta da grave patologia oppure invalido civile, del lavoro o per causa di servizio (*)

☐ **come risulta dagli atti del Comune di residenza, 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)

☐ di **beneficiare dei permessi accordati ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104²** 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 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

--

(indicare la scuola ed il corso di studi - ovvero l'università frequentata/facoltà/corso di studi ed eventualmente la sede)

☐ di **aver superato il 50° anno di età**

²deve trattarsi del familiare che il dipendente assiste ai sensi dell'art. 33 della legge 05.02.1992, n. 104 e ss.mm.

(*) 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) (1)

(1) La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

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 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

con tipologia:

- ☐ **orizzontale**

con prestazione lavorativa settimanale articolata su ☐ **5 giorni** o ☐ **6 giorni** con giorno **non** lavorativo:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato

con orario: ☐ **antimeridiano** ☐ **pomeridiano** ☐ **misto**

- ☐ **verticale settimanale** con prestazione lavorativa articolata su ☐ **3 giorni** ☐ **4 giorni**

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato

- ☐ **verticale annuale** con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

☐ gennaio ☐ febbraio ☐ marzo ☐ aprile ☐ maggio ☐ giugno
☐ luglio ☐ agosto ☐ settembre ☐ ottobre ☐ novembre ☐ dicembre

articolata su ☐ **5 giorni** o ☐ **6 giorni settimanali**

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

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

Data

--

--

TIMBRO E FIRMA DEL DIRIGENTE