

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

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

Il/La sottoscritto/a [REDACTED] matricola [REDACTED]
 nato/a a [REDACTED] il [REDACTED] dipendente a tempo
 indeterminato con la qualifica di [REDACTED], titolare presso
 l'istituzione scolastica/formativa [REDACTED]
 superato il periodo di prova SI NO

in quanto (*)

- persona con disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- invalido civile con grado di invalidità superiore al 46%,
- invalido del lavoro o per causa di servizio con grado di riconoscimento [REDACTED] %
- soggetto a malattia grave e cronica

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA

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

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) [REDACTED]

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**

..
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 veritiero, 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

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

<input type="text"/>

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

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

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)

(*) 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:

durata: 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 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