

**PERSONALE PERSONALE AUSILIARIO, TECNICO E AMMINISTRATIVO (A.T.A.)  
RICHIESTA 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 nell'anno scolastico:**

- ☐ 2026/2027 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- ☐ 2027/2028 (anzianità di servizio di almeno 20 anni)
- ☐ 2028/2029 (anzianità di servizio di almeno 15 anni)
- ☐ 2029/2030 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)
- ☐ 2030/2031 (anzianità di servizio di almeno 10 anni)

Ai fini della formazione dell'eventuale 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**

☐ **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) (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 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