



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MODELLO A

PERSONALE AUSILIARIO, TECNICO E AMMINISTRATIVO (A.T.A.) E ASSISTENTE EDUCATORE
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**

Il/La sottoscritto/a _____, matricola _____
nat__ a _____ il _____, dipendente a tempo indeterminato dal
_____ nel profilo professionale di _____ titolare presso
l'istituzione scolastica _____

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:

- | | | |
|--------------------------|-----------|---|
| ☐ | 2025/2026 | (anzianità di servizio di almeno 20 anni) |
| ☐ | 2026/2027 | (anzianità di servizio di almeno 20 anni) |
| ☐ | 2027/2028 | (anzianità di servizio di almeno 15 anni) |
| ☐ | 2028/2029 | (anzianità di servizio di almeno 10 anni) |
| ☐ | 2029/2030 | (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

♦ di convivere con:

figli propri e/o del coniuge/compagno/a /convivente, di **età inferiore a 6 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di **età compresa tra 6 e 14 anni**: (indicare cognome, nome data di nascita e codice fiscale):

figli propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente, di **età compresa tra 14 e 18 anni**: (indicare cognome, nome data di nascita e codice fiscale):

♦ di essere in possesso dei sottoelencati requisiti richiesti per l'attribuzione del punteggio per i quali:

- indico gli estremi identificativi dei documenti ed il procedimento per il quale sono stati già presentati all'Amministrazione
- mi impegno ad inoltrare relativa documentazione secondo le modalità e le tempistiche previste nella circolare

♦ di essere:

- affetto/a da grave debilitazione psico-fisica
- affetto/a da grave patologia
- invalido/a _____ (specificare se del lavoro/civile o per servizio) con un grado invalidità pari _____%

♦ di assistere con carattere di continuità /la sig./sig.ra _____

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, grado di parentela del familiare e codice fiscale), per cui si è beneficiario unico di permessi ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

♦ di assistere con carattere di continuità 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 (barrare la voce che interessa):

- a seguito di grave debilitazione psico-fisica
- in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza/alcoolismo
- 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 _____

♦ 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.

Data

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

♦ sottoscritta in mia presenza ed il dipendente è stato identificato mediante _____

♦ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dipendente

La presente domanda è stata assunta al protocollo nr _____ in data _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto, esaminata l'istanza presentata dal/dalla dipendente _____

RITIENE

☐ che le indicazioni formulate dal/dalla docente **sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche;

☐ che le indicazioni formulate dal/dalla docente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative scolastiche 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 ♦

FIRMA DEL DIPENDENTE

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____