

INSEGNANTI FORMAZIONE PROFESSIONALE RICHIESTA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA

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 insegnante della formazione professionale presso

superato il periodo di prova ☐ SI ☐ NO

CHIEDE LA TRASFORMAZIONE TEMPORANEA

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

¹

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 giorni** ☐ **4 giorni settimanali**

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

- ☐ **verticale annuale (art. 6 lett. C. contratto decentrato del 05.02.2007)**

con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

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

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

inoltre

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, 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 dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

☐ come risulta dallo stato di famiglia, che i seguenti **figli minori (propri e/o del coniuge/compagno/a/convivente)** 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 con un grado in invalidità (*)

☐ 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 con carattere di continuità** 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

per il conseguimento del titolo di studio di

(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**

(*) 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)

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

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;

(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:

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 giorni** ☐ **4 giorni settimanali**

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

☐ **verticale annuale (art. 6 lett. C. contratto decentrato del 05.02.2007)**

con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

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

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