

INSEGNANTE FORMAZIONE PROFESSIONALE

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)

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 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

- ☐ 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)

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