

**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE DI
RELIGIONE CATTOLICA**

**Al Dirigente Ufficio II
USR Marche**

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

_____, sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(prov. _____) il _____ titolare presso _____
in servizio presso (se diverso da quello di titolarità) _____
in qualità di docente di scuola _____, ai sensi del C.C.N.L. 29/11/2007 -
Comparto Scuola e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

☐ **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;

a decorrere dal 01/09/2023 e secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE per n. ore _____/_____

(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE per n. ore _____/_____

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C - TEMPO PARZIALE MISTO _____

(articolazione della prestazione nelle due modalità indicate alle lett. A e B)

☐ **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

a decorrere dal 01/09/2023 e secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE da n. ore _____/_____ a n. ore _____/_____

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE da n. ore _____/_____ a n. ore _____/_____

C - TEMPO PARZIALE MISTO _____

A tale fine dichiara:

☐ di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa _____ mm: _____ gg: _____;

☐ di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;

☐ di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico _____/_____;

☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
(documentare con dichiarazione personale)
- persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L. 11/2/80, n. 18;
(documentare con dichiarazione personale)
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);
- figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (documentare con dichiarazione personale)

- e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (**documentare con dichiarazione personale**);
- f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con dichiarazione personale**);
- g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).

☐ Il/la sottoscritt_ ha già usufruito del rapporto di lavoro a tempo parziale nei seguenti aa.ss.

_ 1_ sottoscritto/a dichiara di accettare che l'articolazione oraria e giornaliera del part time sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico e di accettare eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

.....

.....

Firma di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Data _____

firma _____

Riservato alla istituzione scolastica:

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale rispetto all'organizzazione dell'orario di servizio scolastico:

- ☐ È compatibile
- ☐ Non è compatibile

SI ESPRIME infine, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

NOTE

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO