

**Oggetto:** Richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998.

Il sottoscritto/a..... nato/a .....il.....  
inquadrate nel ruolo del personale *DOCENTE / ATA* per la classe di concorso ..... nella seguente  
tipologia di posto *NORMALE / SOSTEGNO*  
titolare presso la seguente istituzione scolastica ..... con la seguente  
composizione della cattedra (solo per le scuole secondarie) - *riportare la scuola di titolarità* - ore ....  
- *riportare la scuola di completamento* - ore ...

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998 e successive modifiche ed integrazioni, la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con decorrenza 01 settembre 2023 secondo la seguente tipologia:

- tempo parziale orizzontale (su tutti i giorni lavorativi)
- tempo parziale verticale (su non meno di tre giorni alla settimana).

A tal fine dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue:

- di avere la seguente anzianità complessiva di servizio di ruolo: .....
- di avere la seguente anzianità di servizio pre-ruolo.....
- di aver diritto, ai sensi dell'art. 12 bis del d.lgs. n. 61 del 2000, come modificato dall'art. 1 della l. n. 247 del 2007, alla priorità assoluta nella trasformazione del proprio rapporto di lavoro in part time, trovandosi in una delle seguenti situazioni:
  - Lavoratore il cui coniuge, figli o genitori è affetto da patologie oncologiche;
  - Lavoratore che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della l. n. 104 del 1992, con riconoscimento di un'inabilità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;
  - Lavoratore con figli conviventi di età non superiore a tredici anni;
  - Lavoratore con figli conviventi in situazione di handicap grave.
- di essere in possesso dei titoli di precedenza di seguito specificati, previsti dall'art. 7, comma 4, del DPCM n. 117/1989, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996 in ordine di priorità:
  - portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
  - di avere le seguenti persone a carico: ..... per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11.2.1980 n. 18;

- di avere i seguenti familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....
- di avere n.....figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- di assistere i seguenti familiari portatori di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....
- di avere n.....figli minori .....
- di aver superato i sessanta anni di età
- di aver compiuto 25 anni di servizio;
- che deve assolvere le seguenti esigenze motivate di studio: .....come da allegata documentazione.

**Il sottoscritto/a, in caso di trasferimento o passaggio di cattedra o di ruolo, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o classe di concorso e a confermare la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale dandone comunicazione all'U.S.P. di Benevento.**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Allega i seguenti documenti e dichiarazioni: .....

Data.....

Firma.....

=====

**Riservato all'istituzione scolastica**

Assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale È COMPATIBILE con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data \_\_\_\_\_