



LICEO SCIENTIFICO "ALBERT EINSTEIN"
Via Agnesi 2/b - 47923 Rimini (RN) tel. 0541382571/382552 - fax 0541381636
<http://www.liceoeinstein.it> e-mail: einstein@rimini.com - rnps020001@istruzione.it



Circolare n. 260

Rimini, 7 marzo 2017

Ai docenti
Al personale A.T.A
AL SITO WEB della scuola
SEDE

Oggetto: **Presentazione domande part-time a. s. 2017/2018.**

Si ricorda a tutto il personale che il termine di presentazione delle istanze di trasformazione del contratto di lavoro a **tempo parziale** o **di reintegro a tempo pieno** per il personale del Comparto "Scuola", (di cui all'O.M. 446 del 22.07.1997 e successive modifiche ed integrazioni) per l' a.s. 2017/2018, è fissato per il **15 marzo 2017**.

Si allega la relativa modulistica.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Alberta Fabbri

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: - rapporto di lavoro a tempo parziale già in essere

Orario di lavoro con decorrenza 01/09/2017 - Proposta / domanda

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ (_____)

il _____ / _____ / 19 _____ in servizio presso codesta Istituzione, con la qualifica di _____ e con
[qualifica / per i professori : SOLO classe di concorso]

rapporto di lavoro a tempo indeterminato part time a decorrere dal 01 / 09 / _____,

propongo / chiedo

di poter effettuare, se compatibile con le esigenze didattiche e/o di servizio, il seguente orario dal 1/9/2017

[barrare la casella d'interesse]

- orizzontale (numero ore di servizio) _____
- verticale settimanale (numero ore di servizio) _____
- ciclico/misto (nome/i mese/i o giorni "non lavorati") _____

per i seguenti motivi personali [dichiarati ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del DPR 445/2000 e mm. e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000)]

Eventuali documenti allegati : _____

Inoltre, all'uopo dichiaro:

- > di essere consapevole **che l'effettivo orario/periodo sarà quello che la S.V.** (o il Dirigente dell'Istituzione scolastica per la quale chiederò il trasferimento) **definerà per l'a.s. 2017/2018** dopo le operazioni di mobilità, **sulla base delle prioritarie esigenze didattiche e/o di servizio**
- > di essere informato che i dati personali di cui sopra saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm..

_____/03/2017

(firma)

 si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)**oppure** ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della istanza / dichiarazione è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____

e che tale domanda è stata assunta al protocollo della Scuola in data _____/03/2017 al numero _____.

_____/03/2017

[cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione]

[firma del dipendente addetto alla ricezione]

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ ()

il ____ / ____ / 19 ____ in servizio presso _____, in qualità di
(nome istituzione scolastica)

[CS/Ass.Anm/AT/ins. infanzia/ins. primaria/per i professori : SOLO classe di concorso] _____, ai fini di quanto previsto dall'art. 5 dell'O.M. 446/97, dall'art. 12 bis del Dec. Leg.vo 61/2000, dall'art. 73 della L. 133/2008 e dalla C.M.P.A.I. n. 8/2008,

dichiaro/autocertifico

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e ss.ii. e mm. e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt 75e76del medesimo DPR.445/2000),

[barrare, quando previsto, la/e casella/e che interessa/no]

- 1) di avere comunque diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale **verticale od orizzontale** in quanto lavoratore/trice affetto/a da **patologie oncologiche**, con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita (ex art. 12-bis del Dec. Leg.vo 61/2000). All'uopo **si allega il certificato** di accertamento da parte **della competente commissione medica**.
- 2) di possedere al **15/03/2017** una **anzianità di servizio** di ruolo e pre ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera pari ad aa. _____, mm. _____, gg. _____ [*come risultante dal fascicolo informatico al SIDI*]
- 3) di aver usufruito di periodi di **aspettativa senza assegni** pari a aa. _____, mm. _____, gg. _____ [*come risultante dal fascicolo informatico al SIDI*]
- 4) di avere diritto alla/e seguente/i **precedenza/e** in quanto (cfr art. 3, comma 3, O.M. 446/97)
- 4a) sono portatore di handicap o di invalidità;
 - 4b) ho persone a carico (legge 11 febbraio 1980, n. 18)
 - 4c) ho familiari a carico portatori di handicap;
 - 4d) ho figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
 - 4e) assisto familiare/i portatore/i di handicap;
 - 4f) ho superato i sessanta anni di età e/o ho compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
 - 4g) ho motivate esigenze di studio.

_____/03/2017

(firma)

si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)

oppure

ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____

_____/03/2017

[cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione]

[firma del dipendente addetto alla ricezione]

(I dati personali contenuti nel presente modello saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm.)

Al Dirigente Scolastico _____

Oggetto: - trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo parziale a tempo pieno**

(ripristino tempo pieno) - (ai sensi del D.M. 446 del 22/7/97, della C.M. 449 del 23/7/97, dell'O.M. 55 del 13/2/98, della C.M. 62 del 19/2/98, del Dec. Leg.vo 61/00, del CCNL, della L. 133/08, della C.M.P.A.I. n. 8/08)
 - decorrenza **01/09/2017 - Domanda**

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (____)

il ____ / ____ / 19____ in servizio presso codesta Istituzione, con la qualifica di _____ e con
 [qualifica / per i prof. : SOLO classe di conc.]

rapporto di lavoro a tempo indeterminato part time a decorrere dal 01 / 09 / _____ ,

chiedo, dal 1 / 9 / 2017,la trasformazione del rapporto di lavoro **DA tempo parziale A tempo pieno (ripristino tempo pieno),**

[barrare la casella d'interesse]

- ai sensi del c. 1 dell'art. 12-bis del Dec. Leg.vo 61/2000
- avendo assolto** l'obbligo della permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 del D.M. 446/97 e all'art. 5 dell'O.M. 55/98.
- pur non avendo assolto** l'obbligo della permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 del D.M. 446 e all'art. 5 dell'O.M. 55/98, **per i seguenti motivi** [dichiarati ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.ii. e mm.)]

Eventuali documenti allegati : _____

Dichiaro di essere informato che i dati personali di cui sopra saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm..

_____/03/2017

(firma)

- si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità **(SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)**
oppure
- ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della istanza / dichiarazione è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____
 e che tale domanda è stata assunta al protocollo della Scuola in data ____/03/2017 al numero _____
 ____/03/2017
- [cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione] [firma del dipendente addetto alla ricezione]

Il Dirigente Scolastico

Vista la domanda di cui sopra

Verificata la sussistenza dei requisiti normativi citati / la valenza delle motivazioni addotte

dispone

- l'accoglimento** della domanda. Pertanto la presente costituisce provvedimento di individuazione per la successiva stipula del contratto di ripristino del tempo pieno
- il non accoglimento** della richiesta in assenza dei requisiti normativi citati / per insufficienza delle motivazioni addotte, con specifica valutazione della **compatibilità con le esigenze didattiche e/o di servizio.**

Il Dirigente Scolastico

____/____/2017

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: - **trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale**(ai sensi del D.M. 446 del 22/7/97, della C.M. 449 del 23/7/97, dell'O.M. 55 del 13/2/98, della C.M. 62 del 19/2/98, del Dec. Leg.vo 61/2000, del CCNL, della L. 133/2008, della C.M.P.A.I. n. 8/2008) - **decorrenza 01/09/2017 - Domanda**

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ (____)

il ____ / ____ / 19 ____ in servizio presso codesta Istituzione, con la qualifica di _____
[qualifica / per i professori : SOLO classe di concorso]**chiedo, dal 1/9/2017**e nei modi, termini e condizioni stabiliti dalla **normativa in oggetto, la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale** come segue (per i docenti, nel rispetto dei gruppi orari inscindibili),

[barrare la casella d'interesse]

- orizzontale (numero ore di servizio) _____
- verticale settimanale (numero ore di servizio) _____
- ciclico/misto (nome/i mese/i o giorni "non lavorati") _____

fermo restando che

- ✓ **l'accoglimento o meno della domanda** potrà avvenire **solo dopo** la determinazione delle dotazioni organiche e dei rispettivi contingenti di part time in essere / accoglibili
- ✓ **l'effettivo orario/periodo** sarà quello che verrà definito, dopo le operazioni di mobilità, **dall'Istituzione scolastica di titolarità/servizio per l'a.s. 2017/2018.**

All'uopo

- ✗ **dichiaro**, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000), di essere **in possesso dei titoli di servizio** (come peraltro risultanti dal mio fascicolo informatico al S.I.D.I.), **della riserva o della/e eventuale/i precedenza/e** di cui al Mod. "domanda part time - autocertificazione/dichiarazione" (lettera "a");

[barrare la casella d'interesse]

- dichiaro di VOLER PRODURRE** domanda di **mobilità e di conoscere quanto previsto dall'art. 3, comma 8, della O.M. 446/97** [conferma della domanda in caso di ottenimento della mobilità (sia territoriale, sia professionale)]

- ✗ **allego** il Mod. "domanda part time - autocertificazione/dichiarazione"

____.03.2017

(firma)

- si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)

oppure

- ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della istanza / dichiarazione è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____
e che tale domanda è stata assunta al protocollo della Scuola in data _____.03.2017 al numero _____

____.03.2017

[cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione]

[firma del dipendente addetto alla ricezione]