



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](mailto:einstein@rimini.com) - [rnps020001@istruzione.it](mailto:rnps020001@istruzione.it)

---



Circolare nr. 321

Rimini, 01 marzo 2019

Ai docenti a tempo indeterminato  
Al personale ATA a tempo indeterminato

Oggetto: PART TIME – a.s. 2019/2020

Si comunica alle SS.LL. che è pervenuta in data 28/02/2019, dall'Ambito Territoriale per la Provincia di Rimini, la modulistica relativa al part-time con decorrenza 01/09/2019:

1. Mod. "Domanda relativa al rapporto di lavoro part-time del personale della scuola".  
(allegato alla presente)

N.B. Per la presentazione del suddetto modello alla segreteria del personale la scadenza è **improrogabilmente fissata al 15/03/2019.**

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Alberta Fabbri  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*  
*Ai sensi dell'art. 3,c. 2, D.Lgs.vo 39/93*

**MODELLO DI DOMANDA RELATIVA AL RAPPORTO DI LAVORO PART-TIME DEL PERSONALE DELLA SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

**DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :**

- SC. INFANZIA  SC. PRIMARIA  I.R.C. (infanzia/primaria)  
 1° GRADO Classe di Conc. \_\_\_\_\_  2° GRADO Classe di Conc. \_\_\_\_\_  I.R.C.  
 POSTO COMUNE  POSTO SOSTEGNO

**PERSONALE A.T.A. CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, PROFILO PROFESSIONALE:**

- ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  ASSISTENTE TECNICO AREA \_\_\_\_\_  
 COLLABORATORE SCOLASTICO

**CHIEDE**

a decorrere dal 1 settembre \_\_\_\_\_

- il rientro a tempo pieno avendo assolto l'obbligo della permanenza minima di 2 anni  
 il rientro a tempo pieno pur non avendo assolto l'obbligo della permanenza minima di 2 anni per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

◇ **tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi per n. ore \_\_\_\_\_ di servizio

◇ **tempo parziale verticale settimanale:** per n. \_\_\_\_\_ di servizio

◇ **tempo parziale ciclico/misto:** \_\_\_\_\_  
indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro, nei seguenti termini:

**DICHIARA**

**A)** di avere diritto alla trasformazione del rapporto in quanto affetto/a da patologie oncologiche, con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa di terapie salvavita (si allega certificato della competente commissione medica);

**B)** di avere al 15 marzo \_\_\_\_\_ un'anzianità di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni pari a (\*):

Ruolo: anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

Pre -ruolo anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

(\*) L'anzianità di servizio è documentata con dichiarazione personale da allegare alla presente

**C)** di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 12 bis del d.lgs. n. 61/2000, commi 2 e 3, come modificato dall'art. 1 della l. n. 247/2007:

- a) lavoratori il cui coniuge, figli o genitori siano affetti da patologie oncologiche (1 e 2);
- b) lavoratori che assistono una persona convivente con totale o permanente inabilità lavorativa, che abbia connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, con riconoscimento di una invalidità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (1 e 2);
- c) lavoratori con figli conviventi di età non superiore a tredici anni (1);
- d) lavoratori con figli conviventi in situazione di handicap grave (1 e 2).

(1) Documentare con dichiarazione personale da allegare alla presente;

(2) Documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;

   **Il sottoscritt**, in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna, entro 5 giorni dalla pubblicazione dei movimenti, a confermare o revocare la domanda di tempo parziale e a comunicare la variazione della titolarità.

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

---

---

---

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_  
**( FIRMA )**

-----  
**RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Domanda assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale

Si dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

Si prende atto del rientro a tempo pieno o si esprime parere **FAVOREVOLE**, viste le motivazioni dell'interessato, al rientro a tempo pieno anticipato (dopo solo un anno di servizio a part time) ai sensi dell'art. 11 O.M. 446/97.

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale o al rientro a tempo pieno anticipato del/la richiedente per le seguenti ragioni:

---

---

---

**Data**

**Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_