



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 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;

 l 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
