



# Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA TOSCANA

ISTITUTO COMPRENSIVO BARSANTI

VIA LUNGA 94 - 50142 FIRENZE (FI) – tel.0557321242 – fax 0557323229

**Codice Fiscale: 94135780487 Codice Meccanografico: FIIC83600G**

email [fiic83600g@istruzione.it](mailto:fiic83600g@istruzione.it) – [www.icbarsanti.fi.it](http://www.icbarsanti.fi.it) – Pec [fiic83600g@pec.istruzione.it](mailto:fiic83600g@pec.istruzione.it)



**Al Dirigente Scolastico  
Prof. Marco Menicatti**

**Al Direttore SGA  
Dott. Giuseppe Paolone**

**Istituto Comprensivo Barsanti – Firenze**

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME

(in carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_,  
ai sensi degli articoli 39 e 58 del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola – e dell'O.M. n.446 del 22/07/1997,

### CHIEDE

- **LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
- **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;  
a decorrere dal 01 settembre \_\_\_\_\_ 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 (solo per il personale A.T.A. – articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B).

A tal fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n.117/88:
  - a. portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
  - b. persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/02/80, n.18 (**documentare con dichiarazione personale**);
  - c. 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 dalla ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali**);
  - d. figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'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 sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.**

Allega i suoi documenti e/o dichiarazioni personali:

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione** \_\_\_\_\_

(DPR 445/2000 –da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola).

Il/la sottoscritto/a 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 30.06.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n.305)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Riservato alla 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.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Prof. Marco Menicatti

\_\_\_\_\_