

AL DIRIGENTE DELL' U.S.P.
DI _____

L SOTTOCRITT_ _____ NAT_ A _____
IL _____ CODICE FISCALE _____
IN SERVIZIO PRESSO _____ IN QUALITA' DI _____
_____ CON CONTRATTO A TEMPO
INDETERMINATO

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO - PER ALMENO UN BIENNIO - DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE, A DECORRERE DALL' A.S. ____/____, SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA (CONTRASSEGNA DA UNA **X**):

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE _____
- TEMPO PARZIALE VERTICALE** (SU NON MENO TRE GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE _____

A TAL FINE DICHIARA QUANTO SEGUE:

DI AVERE UN'ANZIANITA' COMPLESSIVA DI SERVIZIO DI RUOLO E NON DI RUOLO DI ANNI _____ COME DALL'UNITA DICHIARAZIONE (**ALLEGATO A**).
DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA:

(CONTRASSEGNARE CON UNA X LE SOLE SITUAZIONI POSSEDUTE)

PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE (**ALLEGATO B**)

PERSONE A CARICO PER LE QUALI E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA LEGGE 11 FEBBRAIO 1980 N. 18 (**ALLEGATO B**)

FAMILIARI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP O SOGGETTI A FENOMENI DI TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO CRONICO O GRAVE DEBILITAZIONE PSICOFISICA *

FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (**ALLEGATO B**)

FAMILIARI CHE ASSISTONO PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP NON INFERIORI AL 70%, MALATI DI MENTE, ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, GENITORI CON N..... FIGLI MINORI (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (**ALLEGATO B**) *

AVER SUPERATO I SESSANTA ANNI DI ETA' OVVERO AVER COMPIUTO VENTICINQUE ANNI DI SERVIZIO (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) (**ALLEGATO B**)

ESISTENZA DI MOTIVATE ESIGENZE DI STUDIO (DA CERTIFICARE CON IDONEA DOCUMENTAZIONE)

*** NOTA BENE: LE SITUAZIONI DI HANDICAP CITATE AL PUNTO "C" E LE ANALOGHE SITUAZIONE DI CUI AL PUNTO "E" DEVONO ESSERE DOCUMENTATE CON CERTIFICAZIONE ORIGINALE O IN COPIA AUTENTICA RILASCIATA DALLA A.S.L. O DALLE PREESISTENTI COMMISSIONI SANITARIE PROVINCIALI.**

L SOTTOSCRITT_, IN CASO DI TRASFERIMENTO O PASSAGGIO, SI IMPEGNA A FAR

RETTIFICARE I DATI RELATIVI ALLA SEDE DI TITOLARITA' E/O AL RUOLO DI APPARTENENZA E A CONFERMARE LA DOMANDA DI TEMPO PARZIALE.

L SOTTOSCRITT SI IMPEGNA A COMUNICARE L'EVENTUALE CESSAZIONE DEL CONTRATTO PART-TIME, OLTRE IL BIENNIO 20___/20___, ENTRO LA DATA PREVISTA PER LA PRESENTAZIONE DELLE NUOVE ISTANZE DI PART-TIME

ALLEGO ALLA PRESENTE I SEGUENTI ATTI, SOPRA MENZIONATI:

1 - ALLEGATO A: DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO COMPLESSIVA;

2 - ALLEGATO B: DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE PRECEDENZE

3 - N CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP E/O ALLE ESIGENZE DI STUDIO

LUOGO E DATA

FIRMA

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA
SI COMPONE DI N. ALLEGATI.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI
DELL'ISTANZA DI PART-TIME

L SOTTOCRITT_ _____ NAT_ A _____
IL _____ CODICE FISCALE _____
IN SERVIZIO PRESSO _____ IN QUALITA' DI
_____ CON CONTRATTO A TEMPO
INDETERMINATO

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO
1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I
PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI **AD ANNI** _____ **MESI** _____
GIORNI _____ .

DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O
RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

PER UN TOTALE DI ANNI _____

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL
PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI _____ **MESI** _____ **E**
GIORNI _____ .

LUOGO E DATA

FIRMA

DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI
PART-TIME

L SOTTOCRITT_ _____ NAT_ A _____
IL _____ CODICE FISCALE _____
IN SERVIZIO PRESSO _____ IN QUALITA' DI
_____ CON CONTRATTO A TEMPO
INDETERMINATO

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO
1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA
NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;

DI AVERE A CARICO _L_ SIG._____
PER IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI
ALLA L. N.18/80;

DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER
L'OBBLIGO SCOLASTICO:

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....
.....
.....

DI ASSISTERE _L_ SIG._____
PORTATORE DI HANDICAP
NON INFERIORE AL 70%, MALATO DI MENTE, ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE
(SOTTOLINEARE LA VOCE CHE INTERESSA);

DI ESSERE GENITORE DEI SOTTO NOMINATI FIGLI MINORI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....
.....
.....

DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'

DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

FIRMA