



**ISTITUTO STATALE di ISTRUZIONE SUPERIORE  
L. EINAUDI – A. CECCHERELLI**

Agenzia Formativa Regione Toscana - Codice LI0599  
Certificazione di sistema qualità DNV Business Assurance ISO 9001  
E-mail: [LIIS004009@istruzione.it](mailto:LIIS004009@istruzione.it); [LIIS004009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:LIIS004009@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
Cod. fisc.: **81002090496** Cod. meccanogr.: **LIIS004009**



I.S.I.S. – L.Einaudi – A.Ceccherelli–Piombino  
Prot. 0000869 del 07/02/2019  
(Uscita)

Ai Docenti  
Al Personale ATA

**OGGETTO:** Trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale del personale docente ed A.T.A. ai sensi dell' O.M. n. 446 del 22/07/97 e successive modifiche e integrazioni – a.s. 19/20

Si comunica che è fissato al 15/03/19 il termine per la presentazione delle domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, di modifica dell'orario e/o della tipologia dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale e di rientro a tempo pieno, per l'a.s. 19/20.

Gli interessati dovranno presentare in segreteria il modello allegato compilato in ogni sua parte.

Si precisa che il personale che ha già sottoscritto un contratto part-time, decorso il primo biennio di permanenza obbligatoria, nel caso in cui voglia permanere in tale posizione contrattuale, non ha obbligo di presentare alcuna istanza di proroga del contratto in quanto il medesimo conserva la sua validità

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Prof. Carlo Maccanti*

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lg. n. 39/1993*



**Istituto L. Einaudi, Istruzione tecnica**  
1. Amministrazione, Finanza e Marketing ;  
2. Turismo; 3 Sistemi Informativi Aziendali  
**Sede legale Presidenza Amministrazione:**  
Viale Michelangelo, 16/B- 57025 PIOMBINO  
Tel.: 0565227401 – Fax: 0565227372

**Istituto A. Ceccherelli: Istruzione professionale**  
1. Servizi socio-sanitari  
2. Servizi per l'enogastronomia e l'ospitalità alberghiera  
3. Servizi commerciali – Promozione Grafica  
Via S. Pertini, 51- 57025 PIOMBINO  
Tel.: 0565 49465 - Fax 0565 220248



**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME**

    **I sottoscritt** \_\_\_\_\_ nat 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 22/7/1997,

**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 2019 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** \_\_\_\_\_  
(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.11/2/80, 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 dall’ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali);
  - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d’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).

    **I 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 seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Firma di autocertificazione**

*(DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola)*

Il sottoscritto 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 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

=====

**Riservato all’ 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 **RISULTA 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.**

Data \_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**