



Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria

Istituto Comprensivo Statale "Isidoro Gentili"

Via Rione Colonne 87027 Paola (CS)

Telefono centralino 0982585215 oppure 0982611197

Codice Meccanografico: CSIC871008 Codice Fiscale 86001070787

E-mail csic871008@istruzione.it P.E.C. csic871008@pec.istruzione.it

www.isidorogentili.gov.it

Prot. n. 419 VII, 3

**A tutto il personale
Docente e Ata a tempo indeterminato .
Sito WEB
Atti.**

OGGETTO: istanze di part-time del personale docente e ATA a.s. 2020/21.

Si ricorda che il 15.3.2020 scade, per il personale docente e ATA a tempo indeterminato, il termine per la presentazione delle domande di rientro a tempo pieno, 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.

La domanda deve essere presentata, per il tramite della scuola di servizio e deve inoltre riportare il parere del Dirigente Scolastico. Qualora non venga presentata domanda di rientro a tempo pieno, il rapporto di lavoro a tempo parziale di coloro che già ne fruiscono si considera automaticamente prorogato. Si ricorda che la concessione del part-time è subordinata al limite del 25% della dotazione organica complessiva di personale a tempo pieno di ciascuna classe di concorso a cattedre o posti o di ciascun ruolo.

Sarà cura dell' Ufficio Scolastico Provinciale, una volta definita la consistenza dell'organico dell'autonomia per l'a.s. 2020/21, comunicare se vi sia o meno la condizione di accettazione delle domande. Si fa presente che le domande pervenute oltre la data prevista (15 marzo) verranno prese in considerazione solamente per gravi e documentati motivi.

Distinti saluti

Paola 9/3/2020

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Annina CARNEVALE)



I sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.

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 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 E' 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data _____

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME

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

l 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 2020 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)

RIPRISTINO TEMPO PIENO

A tale 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).**