

**DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO  
DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

ALL' UFFICIO SCOLASTICO  
TERRITORIALE  
DI BERGAMO  
Per il tramite dell'istituzione scolastica  
.....

OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE.

Il/a sottoscritt... ..nat... a ..... il .....  
residente a ..... via ..... n.....  
codice fiscale..... docente di scuola statale ..... (classe di concorso  
.....)  
personale A. T. A . (profilo professionale .....) con contratto a tempo indeterminato  
titolare presso ..... dipendente da questa istituzione scolastica

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli artt. 7, 8 e 9 della C. M. 446 del 22 luglio 1997, secondo la seguente tipologia di part-time (contrassegnata da una crocetta ):

- Tempo parziale orizzontale (articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi);
- Tempo parziale verticale (articolazione delle prestazioni del servizio su non meno di tre giorni alla settimana);
- Tempo parziale in determinati periodi dell'anno;

A TAL FINE DICHIARA

Di avere un'anzianità complessiva riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera:

- Servizio pre-ruolo aa... mm... gg...
- Servizio di ruolo aa... mm... gg...

Di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza:

- Portatori di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- Persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11/02/1980 n. 18;
- Familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica;
- Figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- Familiari che assistono persone portatori di handicap non inferiore al 70 per cento, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero;
- Aver superato i sessanta anni di età;
- Aver compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
- Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza;

Allego:

- 1).....;
- 2).....;
- 3).....;

Nota bene: le situazioni di handicap e di assistenza a persone portatrici di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

Data .....

Firma .....