**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE A.T.A.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.) il\_\_\_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi 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 01/09/\_\_\_\_\_**

**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 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. 8 del D.lgs. n. 81/2015 ed all’art. 3 dell’O.M. n. 446/97;

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 (**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’INPS**);

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) 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 (***solo per il personale ATA).*

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 (Regolamento UE 2016/679 - D.lgs 10/08/2018 n° 101) e di aver preso visione dell’informativa allegata alla circolare “gestione contratti di lavoro part-time – Personale docente ed ATA – A.S. 2023/2024” pubblicata in data 21/02/2023 sul sito ag.usr.sicilia.it

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                      firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_