



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE CAMPANIA



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di politica  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
uffici@miur.it

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "ANTONIO CUSTRA" - CERCOLA (NA)**

Ambito Territoriale NA 20

Cod. mecc. NAIC850002 - c. f. 94065440631

DIREZIONE: VIA EUROPA, 22 - 80040

CERCOLA (NA)

☎: 081.733.33.74

☐: [naic850002@istruzione.it](mailto:naic850002@istruzione.it)

☐: [naic850002@pec.istruzione.it](mailto:naic850002@pec.istruzione.it)

☐: [www.iccustra.gov.it](http://www.iccustra.gov.it)

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "A. CUSTRA"-CERCOLA  
Prot. 0001172 del 25/02/2020  
07-01 (Uscita)

**OGGETTO: Istanze di part-time a.s. 2020/21 del personale docente, educativo ed ATA a tempo indeterminato.**

Con riferimento a quanto in oggetto, si rammenta che il 15 marzo 2020 scade il termine perentorio per la presentazione presso le segreterie scolastiche delle domande di rientro al 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 per le quali sono stati predisposti gli allegati modelli da utilizzare ai fini di cui trattasi e che si allegano alla presente.

*Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Carmela Mosca  
Firmato Digitalmente*



Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)

Personale ATA

Al Dirigente Scolastico

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Qualifica o profilo \_\_\_\_\_  
Titolare presso \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rientro a tempo pieno

oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

o tempo parziale orizzontale su tutti i giorni lavorativi:

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

o tempo parziale verticale:

per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali

o tempo parziale ciclico: \_\_\_\_\_

indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro, nei seguenti termini : \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

<input type="checkbox"/>	1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
<input type="checkbox"/>	2) di svolgere attività come libero professionista;
<input type="checkbox"/>	3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
<input type="checkbox"/>	4) di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto). <b>Se non dichiarato sarà considerato pari a 0).</b>
<input type="checkbox"/>	5) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247, (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003).
<input type="checkbox"/>	6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'O.M. n. 446/97 – art. 3, in ordine di priorità:
<input type="checkbox"/>	a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
<input type="checkbox"/>	b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18;
<input type="checkbox"/>	c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
<input type="checkbox"/>	d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
<input type="checkbox"/>	e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n. _____ figli minori;
<input type="checkbox"/>	f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio;
<input type="checkbox"/>	g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

**Riservato alla Istituzione scolastica :**

Assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale

Si dichiara che **la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)  
**Personale DOCENTE ed EDUCATIVO**

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Personale docente di ruolo cl.di conc. \_\_\_\_\_  
 Tipo di posto (personale educativo) \_\_\_\_\_  
 Titolare presso \_\_\_\_\_ In servizio presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rientro a tempo pieno  
 oppure  
 la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

**o tempo parziale orizzontale** su tutti i giorni lavorativi:  
 per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

**o tempo parziale verticale:**  
 per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali

**o tempo parziale ciclico:** \_\_\_\_\_  
 indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro nei seguenti termini : \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

<b>1)</b> di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
<b>2)</b> di svolgere attività come libero professionista;
<b>3)</b> di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
<b>4)</b> di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto. <b>Se non dichiarato sarà considerato pari a 0</b> ).
<b>5)</b> di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247 (particolari patologie e assistenze L. 61/2000 e D.L. 276/2003).
<b>6)</b> di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall' O.M.n. 446/97 – art.3, in ordine di priorità:
a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18;
c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n____. figli minori;
f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio;

g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega.

**IN CASO DI: TRASFERIMENTO, PASSAGGIO, ASSEGNAZIONE PROVVISORIA PROVINCIALE ED INTERPROVINCIALE/UTILIZZO, \_L\_ SOTTOSCRITT/\_ SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALE MOTIVATA VARIAZIONE ORARIA DEL PART TIME A QUESTO UFFICIO TRAMITE IL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL NUOVO ISTITUTO.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

-----  
**Riservato alla Istituzione scolastica :**

Assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale

Si dichiara che la richiesta di **modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale**, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_