

Al Dirigente Scolastico di _____
Al Dirigente dell'Ufficio VI Ambito Territoriale per la provincia di Ferrara

OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, rientro a tempo normale e variazione oraria (O.M. n. 446 del 22/07/1997) – Personale docente scuola secondaria di I e II grado

l sottoscritt _____
nat ____ a _____ il _____
titolare presso _____
in servizio presso _____

DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :

☐ 1° GRADO ☐ 2° GRADO ☐ I.R.C. Classe di Conc. _____
☐ POSTO COMUNE ☐ POSTO SOSTEGNO

CHIEDE

- ☐ la **TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 dell'O.M. n. 446 del 22 luglio 1997, e successive modificazioni;
☐ la **MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;

con decorrenza dal **01/09/2025** secondo la seguente tipologia:

- ☐ **TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) per n. ore _____
☐ **TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di n. 3 giorni alla settimana) per n. ore _____
☐ **TEMPO PARZIALE CICLICO** _____
☐ la **REVOCA** del proprio contratto di part-time.

Indicare gli estremi del contratto: n. prot _____ del: _____

con rientro a tempo normale con decorrenza dal 01/09/2025.

DICHIARA

A) di avere un'anzianità di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni pari a (1):

Ruolo: anni _____ e mesi _____

Pre -ruolo : anni _____ e mesi _____

B) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 3 comma 3 punto 2 dell'O.M. n. 446/97:

Mod.B – Domanda trasformazione rapporto di lavoro per il personale docente della scuola secondaria di I e II grado a.s. 2025-26

- a. Essere portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (1);
- b. Avere persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (1);
- c. Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (2);
- d. Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo (1);
- e. Essere familiare che assiste persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (1) (2);
- f. Avere superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (1);
- g. Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza (3).

(1) Documentare con dichiarazione personale da allegare alla presente;

(2) Documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;

(3) Dimostrare con idonea documentazione.

___I___ sottoscritt___, in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o alla classe di concorso e a confermare la domanda di tempo parziale.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- _____
- _____
- _____

_____, li _____ (FIRMA)

RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

La presente domanda è stata presentata a questa Istituzione Scolastica in data _____ con prot. 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: _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico