

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente dell 'Ufficio VI
Ambito territoriale della provincia di ROMA
Via Frangipane, 41 ROMA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

__ I __ sottoscritt _____ nat __ a _____

(prov. _____) il _____
titolare presso _____ codice meccanografico _____
in servizio presso (se diverso da quello di titolarità) _____
_____ codice meccanografico _____
in qualità di docente di scuola _____, classe concorso _____ sostegno SI NO
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;
a decorrere dal 01/09/2023 e 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)

- **LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
a decorrere dal 01/09/2023 e secondo la seguente tipologia:

A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE da n. ore _____ / _____ a n. ore _____ / _____

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE da n. ore _____ / _____ a n. ore _____ / _____

C - TEMPO PARZIALE MISTO _____

A tale fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa _____ mm: _____ gg: _____;
- 2) di non aver chiesto precedente modifica oraria di part-time;
- 3) di aver chiesto modifica oraria di part-time per l'anno scolastico _____ / _____;
- 4) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:
 - portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
 - 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)**
 - 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);**
 - figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
 - 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);**
 - esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza;

All. n. 1

(documentare con idonea certificazione).
(Barrare la casella di interesse)

DICHIARA inoltre:

di non voler intraprendere altra attività lavorativa

ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (l'orario part time richiesto non può superare il 50% dell'orario di lavoro)

 sottoscritt_ 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 di autocertificazione

(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Data _____

firma _____

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. IN DATA
SI COMPONE DI N. ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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.

Eventuale:

Circa la dichiarazione di altra attività lavorativa che l'interessato/a ha dichiarato con la presente domanda di voler svolgere, si esprime il seguente parere in ordine alla compatibilità:

SI ESPRIME infine, parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....



All. n. 4

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)

Il Ministero dell'Istruzione e del Merito in qualità di Titolare del trattamento, desidera, con la presente informativa, fornirLe informazioni circa il trattamento dei dati personali che La riguardano.

Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è il Ministero dell'Istruzione e del Merito, con sede in Roma presso Viale di Trastevere, n. 76/a, 00153 Roma, al quale ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti degli interessati e l'U.S.R. Lazio, Viale G. Ribotta 41 – 00144 Roma.

Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile per la protezione dei dati personali del Ministero dell'Istruzione e del Merito è stato individuato con D.M. 282 del 16 aprile 2018 nella Dott.ssa Alessia Auriemma - Dirigente Ufficio III - Protezione dei dati personali del Ministero - della DGPOC
E-mail: rpd@istruzione.it

Finalità del trattamento e base giuridica

[attività amministrativa finalizzata alla gestione del rapporto di lavoro]

Obbligo di conferimento dei dati

[da norme giuridiche]

Destinatari del trattamento

[personale della scuola]

Trasferimento di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali

[nessun trasferimento all'estero]

Periodo di conservazione dei dati personali

[secondo le norme in vigore]

Diritti degli interessati

L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento dei dati:

- l'accesso ai propri dati personali disciplinato dall'art. 15 del Regolamento UE 679/2016;



- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento previsti rispettivamente dagli artt. 16, 17 e 18 del Regolamento UE 679/2016;
- la portabilità dei dati (diritto applicabile ai soli dati in formato elettronico) disciplinato dall'art. 20 del Regolamento UE 679/2016;
- l'opposizione al trattamento dei propri dati personali di cui all'art. 21 del Regolamento UE 679/2016.

Diritto di reclamo

Gli interessati nel caso in cui ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia compiuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento UE 679/2016 stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del Regolamento UE 679/2016.

Processo decisionale automatizzato

[NO]

Data _____

firma _____

MODELLO DI DOMANDA DI RIENTRO A TEMPO PIENO

**Al Dirigente dell' Ufficio VI
ATP - ROMA**

Tramite Il Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/a.....nato/a a.....
(prov.....) il.....residente a
vian.....tel.
titolare presso..... codice meccanografico.....
in servizio presso..... codice meccanografico.....
nel corrente anno scolastico presso..... in qualità di:

- Educatore
- Docente di scuola dell'infanzia
- Docente di scuola primaria
- Docente scuola secondaria I° grado - classe di concorso
- Docente scuola secondaria II° grado - classe di concorso
- Personale A.T.A. - Profilo:

titolare di contratto di lavoro a tempo parziale, senza soluzione di continuità, dall'anno scolastico ____/____ neo immesso in ruolo si no

Estremi del contratto: prot. n.....del

C H I E D E

Con decorrenza **1° settembre 2023** la trasformazione del rapporto di lavoro
da tempo parziale a tempo pieno (rientro)

Data:

Firma

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA.....

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a,
SI ESPRIME parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione del rapporto **di lavoro a tempo pieno del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

(Timbro della Scuola)