MODELLO DI DOMANDA PART-TIME a.s. 2026-27 – PERSONALE DOCENTE/ EDUCATIVO

Al Dirigente
Ufficio XI - Ambito Territoriale per la Provincia
di REGGIO EMILIA
(per il tramite del Dirigente Scolastico)

OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (O.M. n. 446 del 22/07/1997).

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a _____

il _____ titolare presso _____ in

servizio presso IIS ZANELLI DI REGGIO EMILIA

DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI :

☐ SC. INFANZIA ☐ SC. PRIMARIA ☐ I.R.C. (infanzia/primaria)

☐ 1° GRADO ☐ 2° GRADO ☐ I.R.C. Classe di Conc_____

☐ POSTO COMUNE ☐ POSTO SOSTEGNO

☐ EDUCATORE

C H I E D E

la trasformazione del proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale **(1)** Verticale per n. ……. ore settimanali a partire **dall'a.s. 2026/27**

A tal fine dichiara:
(ai sensi del DPR 28 dicembre 200 n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

1) di avere un'anzianità di ruolo di anni ……. e di pre-ruolo di anni ……., quindi un'anzianità complessiva, riconosciuta o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni …….

2) ☐ non svolgerà altra attività di lavoro

   ☐ svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato …… che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell'art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

3) di possedere i seguenti titoli di precedenza:
   a) ☐ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);
   b) ☐ lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell'ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);
   c) ☐ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);
   d) ☐ figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);
   e) ☐ familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);
   f) ☐ familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (**documentare con dichiarazione personale**);
   g) ☐ esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**).
   h) ☐ aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

Il/la sottoscritto/a dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del tempo parziale (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 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 (Circolare Funzione Pubblica n. 9 del 30 giugno 2011).

Data …….. Firma …….

(1) Orizzontale (con articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) - **Verticale** (su non meno di tre giorni alla settimana).

Riservato all'Istituzione Scolastica:

Richiesta assunta al protocollo della scuola al N. _____ del _____

Preso atto della dichiarazione resa dell'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. **Si esprime**, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Data _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____