

**MODULO DOMANDA PER LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO  
DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE**

**All'USR - Ufficio VIII- Ambito territoriale per la provincia di LATINA**

per il tramite del Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ appartenente al ruolo di (docente/ATA)

\_\_\_\_\_ Classe di concorso \_\_\_\_\_ (solo per i docenti delle

istituzioni d'istruzione secondaria di I° e II° grado),

titolare presso \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con decorrenza dall'a.s.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, secondo la seguente tipologia :

**tempo parziale orizzontale** (su tutti i giorni lavorativi) per n. ore \_\_\_\_/\_\_\_\_

**tempo parziale verticale** (su non meno di tre giorni la settimana) per n. ore \_\_\_\_/\_\_\_\_

A tal fine dichiara :

**A)** di avere una anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera pari ad **anni** \_\_\_\_\_ **e mesi** \_\_\_\_\_

**B)** sono in possesso dei seguenti titoli di precedenza :

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

(previsti dalle lettere a, b, c, d, e, f, g, dell'art. 3 dell'O.M. 446 del 22/07/97)

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Riservato alla istituzione scolastica:**

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

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, 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 del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_