



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO "DON ANDREA SANTORO"

Via Giacomo Matteotti, 48 – 04015 Priverno (LT) - ☎0773 905266 C.F. 80004680593

✉ ltic84200v@istruzione.it P.E.C. ltic84200v@pec.istruzione.it 🌐 www.icdonandreasantoro.edu.it

Circ. n. 167 del 27 febbraio 2023

Al personale docente ed ATA

Al DSGA

All'Albo

Al sito WEB

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale del personale docente, educativo e ATA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato – A.S. 2023/2024- Nota del MIM del 23/02/2023 n. 0002228

Si comunica che il **giorno 15 Marzo 2023** è il termine ultimo per la presentazione delle istanze relative alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale da parte del personale del comparto scuola con contratto a tempo indeterminato, come da Nota del MIM del 23/02/2023 n. 0002228.

L'istanza va inviata al Dirigente Scolastico, mediante il modello di propria pertinenza, allegato alla presente circolare, entro la data di scadenza prefissata all'indirizzo LTIC84200V@ISTRUZIONE.IT. Sarà cura del Dirigente Scolastico trasmettere le istanze all'Ambito Territoriale di Latina.

Si precisa che di norma il rapporto di lavoro a tempo parziale avrà la durata di due anni scolastici e non è necessaria alcuna richiesta di proroga se, al termine del biennio scolastico, il personale interessato decide di proseguire il rapporto di lavoro a tempo parziale.

Relativamente alla possibilità di rientro a tempo pieno, dopo il prescritto periodo minimo, la stessa può trovare accoglimento solo se esplicitamente richiesta e in tale ultimo caso, dopo la comunicazione di accoglimento dell'istanza da parte di questo Ambito Territoriale, il Dirigente Scolastico provvederà alle opportune comunicazioni alla competente Ragioneria Territoriale dello Stato.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Daniela Franzino

(firma è omessa ai sensi dell'art. 3, D.to Lgs 12/02/1993 n. 39)

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

Ambito territoriale della provincia di LATINA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

Il sottoscritt _____ nato _____
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 pern.ore _____ / _____

(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE pern.ore _____ / _____

(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C - TEMPO PARZIALEMISTO _____

(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 PARZIALEMISTO _____

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 tossico dipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; **(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni . 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;**(documentare con idonea certificazione).**
(Barrare la casella di interesse)

All. n. 1

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)

I 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 DIRIGENTESCOLASTICO

.....

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE ATA

Ambito territoriale della provincia di LATINA

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di servizio

I sottoscritt _____ nato
_____ a _____ (prov. _____)
il _____ titolare presso _____ codice
meccanografico _____

in servizio presso (se diverso da quello di titolarità) _____
_____ codice meccanografico _____

in qualità di _____

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 pern.ore _____ / _____
(articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)

B - TEMPO PARZIALE VERTICALE pern.ore _____ / _____
(articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)

C - TEMPO PARZIALEMISTO _____
(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 PARZIALEMISTO _____

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 tossico dipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; **(documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commissioni 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; **(documentare con idonea certificazione).**
(Barrare la casella di interesse)

All. n. 1

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)

_ I_ 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 DIRIGENTESCOLASTICO

.....