



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER I SERVIZI ALBERGHIERI DELLA RISTORAZIONE - FORMIA (LT) - ITALY
C.F. 81003890597 Via Gianola s.n.c. - ☎ 0771-725151 - Fax 0771-720150 - Convitto 0771-722125 Distretto n. 49
Membre de l'Association Européenne des Ecoles d'Hôtellerie et de Tourisme - Member of the Association of European Hotel and Tourism Schools
URL: <http://www.alberghieroformia.it> (PEC) L.TRH01000P@PEC.ISTRUZIONE.IT



dal 1974-75

E-mail: didattica@alberghieroformia.it (didattica-alunni)
E-mail: insegnanti@alberghieroformia.it (Insegnanti)
E-mail: direttoreservizi@alberghieroformia.it (Direttore dei Servizi Amministrativi)
E-mail: dirigentescolastico@alberghieroformia.it (Dirigente Scolastico)
Codici: scuola L.TRH01000P - Cod. serale L.TRH010504 - Convitto L.TVC02000Q



Prot.N. 1869/e.05

Formia 6 MAR 2014

Al Personale Docente/ATA
Sede

Oggetto: trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale da parte del personale docente /ATA

Si avvisa il personale che la domanda per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto a tempo parziale va presentata dal personale docente, entro il **15 marzo 2014**, compilando il fac-simile allegato alla presente nota.

Entro la stessa data lo stesso personale in part time dall'1.9.2012 o dagli anni precedenti, può chiedere il rientro a tempo pieno.

NON DEVE PRESENTARE DOMANDA CHI E' IN PART TIME DALL'1.9.2013 IN QUANTO IL CONTRATTO DI PART TIME HA UNA DURATA SENZA LIMITI DI TEMPO E SOLO DOPO DUE ANNI PUO' ESSERE "DISDETTO" cioè si può chiedere il rientro a tempo pieno.

Il tempo parziale, durata minima 2 anni, può essere :

- con articolazione della prestazione di servizio ridotta in tutti i giorni lavorativi (tempo parziale orizzontale);
- con articolazione della prestazione su alcuni giorni della settimana, del mese, o di determinati periodi dell'anno (tempo parziale verticale);
- con articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle precedenti lettere a) e b) (tempo parziale misto), come previsto dal D.Lvo 25.2.2000, n. 61.

Il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale è escluso dalle attività aggiuntive aventi carattere continuativo.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. COLARUOTOLO Erasmo)

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO E PRECEDENZA UTILI AI
FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME, AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15**

l_ sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ codice fiscale _____

docente di scuola _____

con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni ____ mesi ____ giorni _____
- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni ____ mesi ____ giorni _____
(i docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera)
- anzianità complessiva pari ad anni ____ mesi ____ giorni _____

TITOLI DI PRECEDENZA

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

- portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie
- di avere a carico l_ sig. _____ per l_ quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla l.n.18/80
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (*)
- di assistere l_ sig. _____ portatore di handicap non inferiore al 70% malato di mente, anziano non autosufficiente (**sottolineare la voce che interessa**) (*)
- di essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome

data di nascita

.....
.....

- di aver superato il sessantesimo anno di età
- di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio
- di possedere motivate esigenze di studio (**da autocertificare in modo dettagliato**)

*** nota bene: le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.**

l_ sottoscritt_ _____ nat_ _____

a _____ il _____ codice fiscale _____

personale ata (ad eccezione dei DSGA) profilo _____

con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____

con contratto a tempo indeterminato part-time, in servizio presso _____

(contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

a decorrere dall'a.s. 2014/2015:

1 la **MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio, come contratto part time allegato in copia ;

2 la **TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale;

secondo la seguente tipologia che viene barrata :

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi da lunedì a sabato) **PER N.**
ORE sett.li _____

dalle ore _____ alle ore _____ per n. h giornaliere _____

TEMPO PARZIALE VERTICALE su non meno tre giorni lavorativi specificare quali:

_____ dalle ore _____ alle ore _____ per n. h
giorn.

PER N. _____ **ORE** sett.li _____

TEMPO PARZIALE MISTO così strutturato: specificare anche l'orario di servizio preferito, i periodi richiesti ed ogni altra specifica utile _____

A tal fine dichiara sotto la proprio responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/00 :

1) DI **POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO:**

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni _____ mesi _____ giorni _____

- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____
- anzianità complessiva pari ad anni ____ mesi ____ giorni ____

2) **DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA PREVISTI DALL'ART. 7 C. 4 D.P.C.M. n. 117/89, integrato dall'art.1 LEGGE 662/96, IN ORDINE ALLA PRIORITA'**

(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)

portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie(*)

di avere a carico 1 sig. _____

per 1 quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.n.18/80(*)

familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (*) _____

genitore di figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo:

cognome e nome

data di nascita

.....

di assistere 1 sig. _____, tipo di relazione familiare _____:

portatore di handicap non inferiore al 70%(*),

malato di mente(*),

anziano non autosufficiente(*) _____

cognome e nome

data di nascita

.....

di aver superato il sessantesimo anno di età o aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

di possedere motivate esigenze di studio **così dettagliatamente autocertificate:** _____

(*) nota bene: le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia rilasciata dalla a.s.l. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

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% di 36 h)

l sottoscritt, in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

l sottoscritt si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2014___/2016___, entro la data fissata con modalità permanente per la presentazione delle nuove istanze di part-time (15 marzo di ogni anno scolastico)

Allega alla presente le seguenti certificazioni :

1) CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI
HANDICAP.....

2)

(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

.....

l_ sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA 1° SECONDARIA 2°
con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____
cl.concorso _____

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere dall'a.s. 2014/2015, secondo la seguente tipologia

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____
 TEMPO PARZIALE VERTICALE (su non meno tre giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____

A tal fine dichiara quanto riportato nell'**ALLEGATO A**

 l_ sottoscritt_ , in caso di trasferimento o passaggio, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o al ruolo di appartenenza e a confermare la domanda di tempo parziale.

 l_ sottoscritt_ si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2014/2016, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time

Allega alla presente i seguenti atti:

1. ALLEGATO A
2. CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP

.....
.....
.....
..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

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

• **SI DICHIARA CHE LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO RICHIESTO NON
COMPORTE PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....