



**Istituto Statale Istruzione Superiore**  
**“L. da VINCI – G.R. CARLI – S. de SANDRINELLI”**

*Sede: Via Paolo Veronese, 3 – 34144 TRIESTE – tel.: 040.309.210 – 040.313.565 – fax: 040.379.8965*  
*Sede di Via Diaz, 20 – 34124 TRIESTE tel.: 040.300.744 – fax: 040.379.8968 – C.F.: 80020660322*  
*e-mail: segreteria@davincicarli.gov.it – tsis001002@istruzione.it – tsis001002@pec.istruzione.it*  
*Sito web: www.davincicarli.gov.it*

CIRCOLARE N. 92

Ai Docenti  
Al Personale ATA  
I.S.I.S. DaVinci-Carli-deSandrinelli

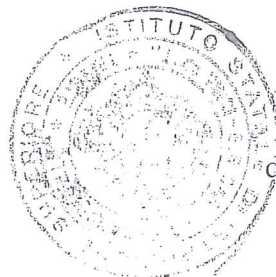
Trieste, 02/03/16

Oggetto: trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale  
Personale docente ed A.T.A.

Si rende noto al personale interessato che le domande:

1. di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
2. di variazione dell'orario part-time;
3. di rientro a tempo pieno.

debbono venire presentate entro il 15 marzo 2016 all'Ufficio personale nell'orario di ricevimento e cioè dalle ore 10:00 alle ore 12:00 dal lunedì al sabato.



Il Dirigente Scolastico  
dott. Teodoro GIUDICE



**OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO  
PIENO A TEMPO PARZIALE (O.M. N° 446 DEL 22/07/1997)**

\_L\_ SOTTOCRITTO/A \_\_\_\_\_  
NAT\_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_  
IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_  
CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO/ INDETERMINATO,

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A TEMPO PARZIALE, COME PREVISTO DAGLI ARTICOLI 7, 8, E 9 DELLA O.M. N° 446 DEL 22 LUGLIO 1997, SECONDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA (CONTRASSEGNA DA UNA CROCETTA):

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE ( SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE \_\_\_\_\_  
 TEMPO PARZIALE VERTICALE ( SU NON MENO TRE GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE \_\_\_\_\_  
 TEMPO PARZIALE CICLICO ( SU PARTE DELL'ANNO) PER N. MESI/SETTIMANE \_\_\_\_\_ ESCLUSO/I  
\_\_\_\_\_

A TAL FINE DICHIARA

- 1) DI AVERE **UN'ANZIANITA'** COMPLESSIVA DI SERVIZIO DI RUOLO E NON DI RUOLO RICONOSCIUTO O RICONOSCIBILE AGLI EFFETTI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA **DI ANNI** \_\_\_\_\_ , COME DALL'UNITA DICHIARAZIONE (**ALLEGATO A**).
- 2) DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI **TITOLI DI PRECEDENZA:**

**(Contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)**

- a) *PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA \_\_\_\_\_ NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE (ALLEGATO B)*
- b) *PERSONE A CARICO PER LE QUALI E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA LEGGE 11 FEBBRAIO 1980 N. 18 (ALLEGATO B)*
- c) *FAMILIARI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP O SOGGETTI A FENOMENI DI TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO CRONICO O GRAVE DEBILITAZIONE PSICOFISICA \**
- d) *FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO (ALLEGATO B)*

- e) FAMILIARI CHE ASSISTONO PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP NON INFERIORE AL 70%, MALATI DI MENTE, ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, GENITORI CON N..... FIGLI MINORI (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) **(ALLEGATO B) \***
- f) AVER SUPERATO I SESSANTA ANNI DI ETA' OVVERO AVER COMPIUTO VENTICINQUE ANNI DI SERVIZIO (SOTTOLINEARE LA SITUAZIONE CHE INTERESSA) **(ALLEGATO B)**
- g) ESISTENZA DI MOTIVATE ESIGENZE DI STUDIO (DA CERTIFICARE CON IDONEA DOCUMENTAZIONE)

**\* NOTA BENE: LE SITUAZIONI DI HANDICAP CITATE AL PUNTO C) ED LE ANALOGHE SITUAZIONE DI CUI AL PUNTO E) DEVONO ESSERE DOCUMENTATE CON CERTIFICAZIONE ORIGINALE O IN COPIA AUTENTICA RILASCIATA DALLA A.S.L. O DALLE PREESENTI COMMISSIONI SANITARIE PROVINCIALI.**

     **\_L\_ SOTTOSCRITT\_**, IN CASO DI TRASFERIMENTO O PASSAGGIO, SI IMPEGNA A FAR RETTIFICARE I DATI RELATIVI ALLA SEDE DI TITOLARITA' E/O AL RUOLO DI APPARTENENZA E A CONFERMARE LA DOMANDA DI TEMPO PARZIALE.

ALLEGO ALLA PRESENTE I SEGUENTI ATTI, SOPRA MENZIONATI:

- 1 - ALLEGATO A: DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO COMPLESSIVA;
- 2 - ALLEGATO B: DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE PRECEDENZE;
- 3 - LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI RELATIVE ALLE SITUAZIONI DI HANDICAP E/O RELATIVE ALLE ESIGENZE DI STUDIO

\_\_\_\_\_ , LI \_\_\_\_\_

FIRMA

AA



*Ministero della Pubblica Istruzione*

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

**(Istituzione Scolastica)**

LA PRESENTE DOMANDA È STATA PRESENTATA A QUESTA SCUOLA IN DATA \_\_\_\_\_ ED ASSUNTA A PROTOCOLLO N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , LI \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

\_L\_ SOTTOCRITT \_\_\_\_\_  
 NAT\_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO  
 PRESSO \_\_\_\_\_ IN QUALITA'  
 DI \_\_\_\_\_ CON CONTRATTO A TEMPO  
 DETERMINATO/INDETERMINATO,

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15 E DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, QUANTO SEGUE:

- DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI **AD ANNI** \_\_\_\_\_ **MESI** \_\_\_\_\_ **GIORNI** \_\_\_\_\_ .
- DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

**PER UN TOTALE DI ANNI** \_\_\_\_\_

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

**QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI** \_\_\_\_\_ **MESI** \_\_\_\_\_ **E GIORNI** \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

\_L\_ SOTTOCRITT \_\_\_\_\_  
NAT\_ A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_ IN  
QUALITA' DI \_\_\_\_\_  
CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO/ INDETERMINATO,

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15 E DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, QUANTO SEGUE:

- DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;
- DI AVERE A CARICO \_L\_ SIG. \_\_\_\_\_ PER IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA L. N.18/80;
- DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER L'OBBLIGO SCOLASTICO:

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
.....  
.....

- 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 SOTTONOMINATI FIGLI MINORI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....  
.....  
.....

- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
- DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

\_\_\_\_\_, LI \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_