



DOMANDA PART TIME – PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente.....

PER IL TRAMITE DEL
del Dirigente Scolastico dell'Istituto _____

l sottoscritt _____ nat _____

a _____ i l _____
_c o d i c e

fiscale _____

docente di scuola INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA 1° SECONDARIA 2°

con contratto a tempo indeterminato titolare/incaricato

presso _____

classe di concorso _____ tipo di posto NORMALE SOSTEGNO

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere 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 3 giorni lavorativi) PER N. ORE _____

A tal fine

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 preruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni _____ mesi _____ giorni _____

EVENTUALI 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 essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome data di nascita

.....

