



ISTITUTO COMPRENSIVO "ILIO MICHELONI" DI LAMMARI – MARLIA  
Viale Europa, 135 LAMMARI – Tel.0583 392362 – Fax 0583 962798  
Sito : [www.icmichelonilammari.gov.it](http://www.icmichelonilammari.gov.it) - e-mail : [luic83800p@istruzione.it](mailto:luic83800p@istruzione.it)  
Codice fiscale 80006990461- C.M. LUIC83800P

Prot.: 1140 /B3

Lammari, 18/02/2019

**A TUTTO IL PERSONALE RUOLO**

**DOCENTE ed ATA**

**dell'Istituto Comprensivo "Ilio Micheloni"**

**SEDE**

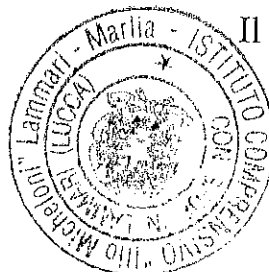
**Oggetto : PART – TIME : termini per domande nuovi contratti o modifica dei contratti in atto.**

Con la presente si ricorda che entro il **15 MARZO** di ogni anno può essere presentata la domanda per:

1. La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
2. Comunicazione ritorno a tempo pieno;
3. Modifica numero ore richieste part- time in corso;
4. Conferma annuale, oltre il primo biennio, del part-time in corso.

Gli interessati possono scaricare dal sito dell'USP i relativi modelli di domanda e consegnarli in segreteria debitamente compilati.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono Distinti saluti.



Il Dirigente Scolastico  
Nicola Prezioso



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana  
Ufficio IX Ambito territoriale di Lucca e Massa Carrara  
Sede di Lucca*

AI DIRIGENTI SCOLASTICI DELLA  
PROVINCIA – LORO SEDI-  
ALLE OO.SS. DELLA SCUOLA  
DELLA PROVINCIA –LORO SEDI-

*e.p.c.*

OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale di modifica dell'orario o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed ATA – anno scolastico 2019/2020.

Si ritiene utile ricordare alle SS.LL. che la data di scadenza per la presentazione delle domande per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale di modifica dell'orario o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed Ata è il 15 Marzo 2019, così come stabilito in via permanente dall'O.M.n.ro 55/98.

Si ricorda che il contratto di part-time è di durata minima biennale e che, in assenza di diversa comunicazione da parte dell'interessato, si intende automaticamente prorogato di anno in anno .

Scaduto il primo biennio, non è pertanto richiesta la presentazione di nuova istanza per la prosecuzione del rapporto di lavoro in regime di part-time.

Il personale che, già in regime di lavoro part-time intende modificare l'orario di servizio per esigenze personali, deve presentare apposita richiesta sempre entro il 15 marzo 2019, in analogia a quanto stabilito per i rientri a tempo pieno.

Alla presente nota si allegano i rispettivi modelli.

I Dirigenti Scolastici sono pregati di dare ampia comunicazione della presente al personale .

IL DIRIGENTE

Dott.ssa Donatella BUONRIPOSI

(firma autografa sostituita a mezzo stampa al sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993)

Responsabile del procedimento:  
Duccio Di Leo  
e-mail: [duccio.dileo.po@istruzione.it](mailto:duccio.dileo.po@istruzione.it)

☒ Piazza Giudicconi n°2 55100 LUCCA (LU)  
☎ 0583/4221  
e mail: [PEO.usp.lu@istruzione.it](mailto:PEO.usp.lu@istruzione.it) - e mail: [PEC.uspbi@postacert.istruzione.it](mailto:PEC.uspbi@postacert.istruzione.it)  
Web: <http://www.usplucca.it> C.F. : 80001770462 - Codice IPA: m\_pi  
Codice AOO: AOOUSPLU  
Codice per la fatturazione: contabilità generale: URH7RB Contabilità ordinaria: SGUC9B

Referente:  
Paolo Brancoli  
e-mail: [paolo.brancoli.197@istruzione.it](mailto:paolo.brancoli.197@istruzione.it)

**DOMANDA PART TIME – PERSONALE DOCENTE**

1 sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice 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. 2018/19, 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 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 (\*)
- di assistere 1 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, 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 2018/2020, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time.

---

Allega alla presente i seguenti documenti:

1. 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

.....

## REINTEGRO A TEMPO PIENO – PERSONALE DOCENTE

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola  INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA 1°  SECONDARIA 2°

già in regime di part time dal \_\_\_\_\_ titolare/incaricato presso \_\_\_\_\_

classe di concorso \_\_\_\_\_ tipo di posto  NORMALE  SOSTEGNO

per n. ore \_\_\_\_\_ tipologia  orizzontale  verticale

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

### CHIEDE

Il reintegro a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2018-19

..... (data)

Firma .....

TIMBRO DELLA SCUOLA

● ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

# REINTEGRO A TEMPO PIENO – PERSONALE A.T.A.

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Personale Ata, profilo (ad eccezione dei DSGA) \_\_\_\_\_

in servizio c/o \_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato part-time \_\_\_\_\_ allegato in copia;

(Per il personale ATA, già transitato nei ruoli statali dagli Enti Locali a tempo parziale, allegare copia di delibera di assunzione in ruolo part time dell'Ente Locale);

### CHIEDE

il reintegro a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2018- 2019;  
il passaggio dal ruolo a tempo parziale al ruolo a tempo pieno a decorrere dall'a.s. 2018-2019 se proveniente da Ente Locale, ai sensi Circolare Ministeriale n.491 del 3.10.2001 e Nota Ministeriale n. 243 del 31.5.2004.

..... (data)

Firma .....

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....



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.



## DICHARA 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)

\_\_\_\_\_

1 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.

1 sottoscritt si impegna a comunicare l'eventuale cessazione del contratto part-time, oltre il biennio 2018\_\_\_/2020\_\_\_, 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

.....

## VARIAZIONE ORARIO PART TIME – PERSONALE DOCENTE

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola  INFANZIA  PRIMARIA  SECONDARIA 1°  SECONDARIA 2°

già in regime di part time dal \_\_\_\_\_ titolare/incaricato presso \_\_\_\_\_

classe di concorso \_\_\_\_\_ tipo di posto  NORMALE  SOSTEGNO

per n. ore \_\_\_\_\_ tipologia  orizzontale  verticale

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

### CHIEDE

la variazione d'orario del rapporto di lavoro part time, a decorrere dall'a.s. 2018-19, secondo la seguente modalità:

**TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE** \_\_\_\_\_

**TEMPO PARZIALE VERTICALE** (su non meno di 3 giorni lavorativi) **PER N. ORE** \_\_\_\_\_

..... (data)

Firma .....

TIMBRO DELLA SCUOLA

• ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA .....

• **SI DICHIARA CHE LA VARIAZIONE RICHIESTA NON COMPORTA PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....