



Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Molise
Ufficio III – Ambito Territoriale di Campobasso

Via Garibaldi n. 25 - 86100 Campobasso Tel. 0874/ 4975 –
usp.cb@istruzione.it

**Ai Dirigenti Scolastici
 delle Istituzioni Scolastiche
 della Provincia di Campobasso**

**e p.c. Alle OO.SS. della Scuola
 Loro Sedi**

Al Sito web

OGGETTO: Personale della scuola: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale. Presentazione domande per il biennio 2017/2019.

Si ricorda che a norma dell'O.M. n. 446 del 22/07/1997 integrata dall'O.M. n. 55 del 13/02/1998, il termine di presentazione delle domande intese ad ottenere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, è fissato per tutto il personale del Comparto Scuola **al 15 marzo di ogni anno**.

Pertanto, il personale docente, educativo ed A.T.A. interessato dovrà presentare alla scuola di titolarità l'istanza di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, secondo il modello allegato, **entro il 15 marzo 2017**.

Il rapporto di lavoro a tempo parziale avrà la durata di almeno due anni scolastici. Non sarà necessaria alcuna richiesta di proroga se al termine del biennio scolastico il personale interessato decida di proseguire il rapporto di lavoro a tempo parziale. Viceversa, il rientro a tempo pieno dovrà essere **esplicitamente richiesto** entro lo stesso termine di scadenza.

Dovranno essere anche presentate, entro lo stesso termine, eventuali istanze di variazione dell'orario a tempo parziale e le domande di rientro al tempo pieno **prima della scadenza del biennio**, che potranno essere accolte **solo sulla base di motivate esigenze**.

Entro il **31 marzo 2017**, i Dirigenti Scolastici, **accertata la compatibilità dell'orario prescelto dagli interessati**, trasmetteranno, con parere positivo, copia delle istanze in questione **debitamente protocollate** a questo Ufficio, cui spetta il controllo della capienza del contingente provinciale.

Successivamente questo Ufficio provvederà a pubblicare l'elenco del personale ammesso al regime di lavoro part-time.

Solo allora, le SS.LL. provvederanno:

- all'acquisizione al SIDI (*Personale Comparto Scuola -Gestione posizioni di stato – Trasformazione di lavoro a tempo parziale- Acquisizione domande*);
- alla stipula dei relativi contratti di variazione del rapporto di lavoro, con decorrenza 1° settembre 2017, che, firmati dalle SS.LL. e dal personale interessato, dovranno essere trasmessi in triplice copia alla competente Ragioneria Territoriale dello Stato per i previsti controlli di legge;
- a trasmettere copia del contratto registrato a questo Ufficio.

Si allega il modello di domanda.

IL DIRIGENTE
 Giuseppe COLOMBO

(Intestazione Scuola)

Assunta al protocollo della Scuola al n. _____ in data _____.

Si compone di istanza più n. _____ allegati.

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. **SI ESPRIME**, pertanto, parere favorevole alla trasformazione/modifica del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/la richiedente**.

Il Dirigente Scolastico

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

__L_ SOTTOCRITT__ _____ NAT__ A

_____ IL _____

CODICE FISCALE _____ TITOLARE PRESSO

_____ IN QUALITA' DI

_____ CLASSE DI CONC. _____ CON CONTRATTO A

TEMPO 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 LEGGE 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 FI GLI MINORI

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA
.....
.....
.....
- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
- DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

Luogo e Data

FIRMA
