



Ministero dell'Istruzione
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
degli Istituti e Scuole
di ogni Ordine e Grado
LORO SEDI

e p.c. Alle OO.SS. della Scuola

Al Sito web

OGGETTO: Personale della scuola: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale. Presentazione domande per il biennio 2020/2022.

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 2020.** (Poiché tale data coincide nel presente anno con il giorno festivo, il termine ultimo di presentazione delle domande **è prorogato al 16/03/2020**).

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 2020**, 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 2020**, 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
Marialuisa FORTE

ALL'UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE DI CAMPOBASSO

**Per il tramite del Dirigente Scolastico della
scuola di titolarità**

Il sottoscritt _____,
nat_ il _____ a _____ (Pr. _____) C.F.:
_____ titolare presso
_____ in servizio presso _____
in qualità di _____ Cl. Concorso _____ (solo docenti sc.
Sec. di 1° o 2°);

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 39 del C.C.N.L. (personale docente) e dell'art.58 (personale ATA) e dell'O.M. 446 del 22 luglio 1997, la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo pieno a tempo parziale**, con decorrenza **1 settembre _____, per almeno un biennio, fino a richiesta di revoca**, secondo la seguente tipologia:

- tempo parziale orizzontale** ⇒ (su tutti i giorni lavorativi) per (h. _____ Sett.)
- tempo parziale verticale** ⇒ (articolazione su alcuni giorni sett.) per (h. _____ Sett.)
- tempo parziale misto** ⇒ (combinazione verticale/orizzont.) per (h. _____ Sett.)

A tal fine dichiara:

1. di avere n° _____ anni di servizio di ruolo (compreso il corrente anno scolastico);
2. di avere n° _____ anni di servizio pre-ruolo riconosciuto o riconoscibile;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 3 comma 2, O.M. 446/97:
 - a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
 - b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18;
 - c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica*;
 - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
 - 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**)*;
 - f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio (**sottolineare la situazione che interessa**);
 - g) esistenza di motivate esigenze di studio, come da unita documentazione.

*** Le situazioni di handicap citate al punto c) ed le analoghe situazioni di cui al punto e) devono essere documentate con certificazioni originali o in copia autentica rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali**

Il sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio ad altro ruolo si impegna a comunicare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega autocertificazione personale attestante i titoli di precedenza. (All. A)

luogo e data

Firma

(Intestazione Scuola)

Riservato alla Istituzione Scolastica: Assunta al protocollo della Scuola al n. _____ del _____

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
