



Istituto Professionale di Stato
Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

Bernardo Buontalenti

Sede e Segreteria: Via di San Bartolo a Cintoia 19/a 50142 Firenze
Tel. 055 462781 Fax: 055 7877380
Succursale: Via de'Bruni, 6 50133 Firenze
Tel. 055 785117 Fax 055 476590
C.M. FIRH020009 C.F. 94023690483
FIRH020009@istruzione.it FIRH020009@PEC.istruzione.it www.buontalenti.gov.it



Firenze, 16 febbraio 2018

Circolare n. 219

A tutto il personale docente a Tempo Indeterminato
A tutto il personale ATA a Tempo Indeterminato

Oggetto: PART-TIME per l'a.s. 2018/2019

Si comunica a tutto il personale interessato, che è fissata al 15 marzo 2018 la scadenza per:

- Presentazione domanda Part- Time dal 1 settembre 2018;
- Variazione Part-time in essere;
- Revoca Part-Time per rientro a tempo pieno (da richiedere con apposita istanza)

Si ricorda che il contratto part- time ha durata biennale e che non è necessaria alcuna richiesta di proroga se al termine dei due anni si decida di proseguire il rapporto di lavoro part time.

Si allega modello di domanda.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Francesca Cellai

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs n. 39/93

BM/bm

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME
(In carta semplice da inoltrare per il tramite del Dirigente Scolastico)

__l__ sottoscritt _____ nat __ a _____
(prov.) il _____ titolare presso _____
in qualità di _____, ai sensi degli articoli 39 e 58 del C.C.N.L.
29/11/2007 – Comparto Scuola - e dell'O.M. n. 446 del 22/7/1997,

CHIEDE

- LA TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale;
- LA MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;
- a decorrere dal 01 settembre _____ secondo la seguente tipologia:**

- A - TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** per n. ore _____/_____ (articolazione della prestazione del servizio su tutti i giorni lavorativi)
- B - TEMPO PARZIALE VERTICALE** per n. ore _____/_____ (articolazione della prestazione del servizio su non meno di tre giorni lavorativi)
- C - TEMPO PARZIALE MISTO** _____ (solo per il personale A.T.A. - articolazione della prestazione risultante dalla combinazione delle due modalità indicate alle lett. A e B)

A tale fine dichiara:

- 1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa: _____ mm: _____ gg: _____;
- 2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:
 - a) portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (**documentare con dichiarazione personale**)
 - b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18; (**documentare con dichiarazione personale**)
 - c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (**documentare con certificazione in originale o copia autenticata rilasciata dall'ASL o da preesistenti Commiss. Sanitarie Provinciali**);
 - d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (**documentare con dichiarazione personale**);
 - e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (**documentare con dichiarazione personale**);
 - f) aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (**documentare con dichiarazione personale**);
 - g) esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; (**documentare con idonea certificazione**).

__l__ sottoscritto/a in caso di trasferimento o di passaggio di profilo si impegna a rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: _____

Data _____ Firma _____

Firma di autocertificazione

(DPR 445/2000 -da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305)

Data _____ firma _____

=====
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/della richiedente**.

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Maria Francesca Cellai