



**Ministero della Pubblica Istruzione**  
Istituto Statale d'Istruzione Superiore 'L. Einaudi'  
Via Verdi, 48 – 24044 Dalmine (Bg)  
Tel: 035/561129 – Fax: 035/370717  
e-mail: ist.einaudi@isiseinaudi.it



**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME**  
(in carta semplice da inoltrare per il tramite del Capo d'Istituto)

**AL PROVVEDITORE AGLI STUDI DI BERGAMO**

\_1\_ sottoscritt\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
classe di concorso (solo per la scuola secondaria) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 46 del C.C.N.L. (personale docente) o dell'art. 52 (personale A.T.A.) e dell'O.M. 446 del 22/07/97 e succ. mod. ed integr., la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con decorrenza dal \_\_\_\_\_ e secondo la seguente tipologia:

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE (articolazione delle prestazioni del servizio su tutti i giorni lavorativi) per n. ore \_\_\_\_\_

TEMPO PARZIALE VERTICALE (articolazione delle prestazioni del servizio su non meno di tre giorni) per n. ore \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara:

(1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa mm \_\_\_ gg ; (1)  
(2) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art. 7 comma 4 del D.P.C.M. n. 117/88:

- portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; (1)
- persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/80, n. 18; (1)
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica; (2)
- figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; (1)
- familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiori al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero; (1)
- aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio; (1)
- esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza. (3)

- (1) documentare con dichiarazione personale;
- (2) documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dall'A.S.L. o da preesistenti Commissioni Sanitarie Provinciali;
- (3) documentare con idonea certificazione.

Il sottoscritto in caso di trasferimento o passaggio di cattedra o di ruolo si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e/o classe di concorso e a confermare la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: ~  
dichiarazione di anzianità di servizio

~  
Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE PERSONALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità a sensi della Legge 04/01/1968, n. 15

- di essere stato/a assunto/a con contratto di lavoro a tempo indeterminato con decorrenza dal ;
- di aver assunto effettivo servizio con contratto di lavoro a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_;
- di aver usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di aspettativa senza assegni;
- di aver prestato, in possesso del prescritto titolo di studio, i seguenti servizi pre-ruolo, riconoscibili ai sensi del D. L. 19/06/1970, n. 370 convertito con modificazioni nella legge 26/07/1979 n. 576 e dall'art. 81 del D.P.R. 3 1/05/1974 n. 417:

---

---

---

---

---

---

---

---

- di avere i seguenti titoli di precedenza, previsti dall'art. 7 del D.P.C.M. n. 117/89:

---

---

---

In fede