

l sottoscritt_ _____ nat_ _____
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola: INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA 1° SECONDARIA 2°
con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____
cl.concorso _____

CHIEDE

la trasformazione del rapporto di lavoro, per almeno un biennio, da tempo pieno a tempo parziale, a decorrere dall'a.s. **2016/2017**, secondo la seguente tipologia

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____
 TEMPO PARZIALE VERTICALE (su non meno tre giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____

A tal fine dichiara quanto riportato nell'**ALLEGATO A**

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 2016/2018, entro la data prevista per la presentazione delle nuove istanze di part-time

Allega alla presente i seguenti atti:

1. ALLEGATO A
2. 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 COMPORTA PREGIUDIZIO ALLA FUNZIONALITA' DELL'AMMINISTRAZIONE.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....