



12° ISTITUTO COMPRESIVO DI SIRACUSA

Piazza Eurialo, 16 – Belvedere (SR) - tel.0931.744736 – fax 0931.711140

Via Cavalieri di Vittorio Veneto – Belvedere (SR) - tel. 0931.711108

c.f. 80007550892 - c.m.SRIC808004 – email: sric808004@istruzione.it – sito web: www.dodicesimosiracusa.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

CIRCOLARE N. 89 DEL 11 FEBBRAIO 2020

**A TUTTI I DOCENTI DEI TRE ORDINI DI SCUOLA
AL PERSONALE ATA**

OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale dall'1.09.2020, nonché rientro al tempo pieno.-

Si allega comunicazione inerente l'oggetto.



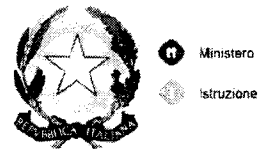
Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Stefania Gallo

Firma autografa ai sensi dell'art.3 D.Lgs. n. 39/1993



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Ufficio X - Ambito territoriale di Siracusa



Unità Operativa n. II Area II Ufficio I
Ufficio Organici, mobilità e reclutamento
Scuola dell'Infanzia e Primaria

Allegati n.3

Ai Dirigenti Scolastici della Provincia - **LORO SEDI**

Alle OO.SS. provinciali comparto scuola - **LORO SEDI**

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale **dall'1/9/2020**, nonché rientro al tempo pieno.

Si informa che il personale del comparto scuola nominato a tempo indeterminato può produrre domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale entro e non oltre il **15 marzo 2020**.

Attinché le SS.LL. dispongano di un quadro chiaro e organico di riferimenti, si richiamano di seguito le norme e gli atti in materia di part-time:

- O.M. n. 446 del 22/07/1997
- O.M. n. 55 del 13/02/1998
- O.M. n. 45 del 17/02/2000
- D.L.vo 61/2000, come modificato dal D.L.vo 100/2001, dalla Legge 133/2008
- CCNL 29/11/2007 (artt. 37 e 58)
- Circolare Dipartimento Funzione Pubblica n.9/2011 del 30-06-2011.

Il personale scolastico eventualmente interessato a chiedere il *rientro al tempo pieno* con effetto dal 01/09/2020 dovrà presentare apposita domanda entro il medesimo termine del **15 marzo 2020**.

Si precisa che non è necessario produrre istanza di prosecuzione del part-time in quanto, salvo richiesta di rientro al tempo pieno, lo stesso deve intendersi tacitamente prorogato.

Qualora nel contratto già stipulato sia stata indicata una data di scadenza è opportuno che il contratto sia integrato e modificato con la specifica indicazione che esso si intende automaticamente prorogato salvo che l'interessato non presenti domanda di rientro al tempo pieno entro il 15 marzo dell'anno scolastico antecedente a quello da cui decorre il rientro.

Le istituzioni scolastiche procederanno all'inserimento al sistema informativo delle domande e trasmetteranno le stesse all'Ufficio scrivente entro e non oltre il **24 marzo 2020**.

Si rammenta, infine, che le domande di part-time devono essere compilate secondo le modalità previste dal comma 1 al comma 7 dell'art. 3 della citata O.M. 446/97.

Si allegano:

- 1) modello domanda part-time;
- 2) allegato A - dichiarazione anzianità di servizio;
- 3) allegato B - dichiarazione titoli di precedenza.

Il Funzionario Amministrativo
Gesualdo Raeli

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

Il responsabile del procedimento: Paolo Inturri	tel. 0931/447240	e-mail: paolo.inturri.sr@istruzione.it
Il responsabile dell'istruttoria:	tel.	e-mail:

Viale Tica 149 - 96100 Siracusa - C.F. 80001830894
Tel: 0931/447111 C.U.F.E.: 93BVAC

PEC uspsr@postacert.istruzione.it - e-mail: usp.sr@istruzione.it - <http://www.sr.usr.sicilia.gov.it>

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

 1 sottoscritt _____ nat a _____
(prov.) il _____ titolare presso _____
qualifica/profilo professionale _____, classe di
concorso/tipo di posto _____ 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;

a decorrere dal 01 settembre 202_ 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**).

 1 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: 1) allegato A (dichiarazione anzianità servizio); 2) allegato B (dichiarazione titoli di precedenza); _____

Data _____ Firma _____
(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 del rapporto **di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.**

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ANZIANITA' DI SERVIZIO POSSEDUTA AI FINI
DELL'ISTANZA DI PART-TIME

__L__ SOTTOSCRITT _____
NAT __A_____ (PROV.) _____ IL _____
TITOLARE PRESSO _____
QUALIFICA/PROFILO PROFESSIONALE _____
CLASSE DI CONCORSO / TIPO DI POSTO _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO
1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

- DI AVERE UNA ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO , ESCLUSO L'ANNO IN CORSO ED I PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI, PARI AD ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____ .
- DI AVERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO NON DI RUOLO RICONOSCIUTA O RICONOSCIBILE AI FINI DELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

PER UN TOTALE DI ANNI _____

(I DOCENTI INDICHERANNO GLI ANNI SCOLASTICI NON DI RUOLO INTERI PRESTATI COL
PRESCRITTO TITOLO DI STUDIO E QUINDI RICONOSCIBILI AI FINI DELLA CARRIERA)

QUINDI DI AVERE UNA ANZIANITA' COMPLESSIVA PARI AD ANNI _____ MESI _____ E
GIORNI _____ .

.....
(DATA)

FIRMA

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

L_ SOTTOSCRITT _____
NAT_ A _____ (PROV.) _____ IL _____
TITOLARE PRESSO _____
QUALIFICA/PROFILO PROFESSIONALE _____
CLASSE DI CONCORSO / TIPO DI POSTO _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15 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 L.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 SOTTO NOMINATI FIGLI MINORI

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

.....
.....
.....

- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
• DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

FIRMA