

Al Dirigente Scolastico

l sottoscritt_ _____ nat_
a _____ il _____ codice fiscale _____ □
docente di scuola _____
con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____

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 2015/2017, 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Al Dirigente Scolastico

_l_sottoscritt_ _____ nat_
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola _____
con contratto a tempo indeterminato part-time _____ (**citare estremi contratto part-time**) in servizio presso _____

CHIEDE

Il reintegro a tempo pieno , a decorrere dall'a.s. 2016-17

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA
.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Al Dirigente Scolastico

_l_sottoscritt_ _____ nat_
a _____ il _____ codice fiscale _____
docente di scuola _____
con contratto a tempo indeterminato part-time, in servizio presso _____,
(contratto part-time prot. _____ del _____, allegato in copia)

CHIEDE

la variazione d'orario del rapporto di lavoro , a decorrere dall'a.s. 2016-17, secondo la seguente modalità:

TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE (su tutti i giorni lavorativi) **PER N. ORE** _____

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

..... (data)

Firma

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTA AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N..... IN DATA
.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....