

**MODELLO DI DOMANDA PART-TIME A.S. 2025-26 - PERSONALE A.T.A.**

**All'Ufficio Scolastico XI  
Ambito Territoriale per la Provincia  
di Reggio Emilia  
(per il tramite del Dirigente Scolastico)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ titolare presso IIS A.ZANELLI in qualità di \_\_\_\_\_, ai sensi

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 01.09.2025 e 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)

A tale fine dichiara:

1) di avere l'anzianità complessiva di servizio: aa \_\_\_\_\_ mm: \_\_\_\_\_ gg: \_\_\_\_\_;

2) che:  
 non svolgerà altra attività di lavoro  
 svolgerà la seguente attività di lavoro autonomo/subordinato ..... che non intercorre con altra amministrazione pubblica ai sensi dell'art. 1, comma 58, della Legge n. 662/96;

3) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza previsti dall'art.7 c. 4 del D.P.C.M. n. 117/88:  
 portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (**documentare con dichiarazione personale**);  
 lavoratori che assistono una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa che abbia connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L.104/92 (**documentare con certificazione o copia rilasciata dell'ASL o da Commissioni Sanitarie Provinciali**);  
 familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (**documentare con dichiarazione personale**);  
 figli di età non superiore a tredici anni (**documentare con dichiarazione personale**);  
 familiari di studenti con sindrome DSA (**documentare con dichiarazione personale**);  
 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 (**documentare con dichiarazione personale**);  
 esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di appartenenza (**documentazione con idonea certificazione**).  
 aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;

**AVVERTENZA:** La compilazione della presente scheda di rilevazione avviene secondo le disposizioni previste dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Firma per richiesta e autocertificazione

**Riservato alla istituzione scolastica:** Assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato, 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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO