



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “CESTARI - RIGHI”

Borgo San Giovanni, 12/A - 30015 Chioggia (VE)
Tel. 041.4967600 Fax 041.4967733
Cod. Mecc. VEIS02200R – C.F. 91021780274
e-mail: veis02200r@istruzione.it
e-mail certificata: veis02200r@pec.istruzione.it



I.T.C.S. “Domenico Cestari”
Cod. Mecc. VETD022013 (diurno)
Cod. Mecc. VETD02251C (serale)

I.T.I.S. “Augusto Righi”
Cod.Mecc.VETF022019(diurno)
Cod.Mecc.VETF02251P(serale)

I.P.S.A.M “Giorgio Cini”
Cod. Mecc. VERM02201X

www.cestari-righi.gov.it

CIRCOLARE N. 309

A tutto il personale

Oggetto: istanze part time personale docente, educativo e ATA

Si allega per presa visione, copia della comunicazione prot. n.2621 del 23/02/2015 del MIUR – Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto - Ufficio VII – Ufficio Scolastico di Venezia – relativa alla presentazione delle istanze di cui all’oggetto completa dei modelli per il personale Docente ed Educativo e per il personale ATA.

Si precisa che tutte le domande di part time dovranno pervenire alla Segreteria Personale (Ardizzon Oriella e Boscolo Tosca) **entro e non oltre il 10 marzo 2015.**

Chioggia, 24/02/2015

Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Antonella Zennaro



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL VENETO

DIREZIONE GENERALE

Ufficio VII - Ufficio scolastico di Venezia

Via L. A. Muratori, 5 - 30173 Mestre (VE)

codice fiscale 80011290279

Settore ATA

Prot. 2621

Venezia-Mestre, 23/02/2015

Ai Dirigenti
degli istituti e scuole di ogni ordine e grado
della PROVINCIA – LORO SEDI

OGGETTO: Istanze di part-time del personale docente, educativo ed ATA.

Si ricorda che il 15.3.2015 scade, per il personale in oggetto a tempo indeterminato, il termine per la presentazione alle SS.LL. delle domande di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, di modifica dell'orario e/o della tipologia dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale.

Entro il 31.3.2015 solamente le nuove domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, presentate nei termini, saranno inserite dalle segreterie scolastiche al SIDI: *personale comparto scuola – gestione posizioni di stato – trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale – acquisire domande.*

Saranno trasmesse a questo UST, sempre entro il 31.3.2015, le copie delle domande di:

- Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
- Modifica dell'orario e/o della tipologia della prestazione lavorativa del personale che già fruisce di contratto a tempo parziale
- Rientro al tempo pieno.

Qualora non venga presentata domanda di rientro a tempo pieno, il rapporto di lavoro a tempo parziale di coloro che già ne usufruiscono si considera automaticamente prorogato (v. n. USR 8931 del 19.6.2012).

Poiché l'accogliibilità delle domande di part-time deve essere contenuta nel limite del 25% della dotazione organica, sarà cura dello scrivente, una volta definita la consistenza dell'organico di diritto per l'a.s. 2015/16, comunicare se vi sia o meno la condizione di accettazione delle domande.

Si richiamano le disposizioni dell'O.M. 446/97 e le modifiche introdotte in materia di part-time dall'art. 73 della legge 6.8.2008, n. 133, conversione in legge con modificazioni, del D.L. 25.6.2008, N. 112, l'art. 16 della legge 183/2010 e circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 9/2011.

I dirigenti scolastici sono pregati di dare ampia comunicazione della presente a tutto il personale.

Si allega fac-simile modello di domanda.

IL DIRIGENTE
(Domenico MARTINO)

Responsabile del procedimento :
Carretto Emanuela
Tel. 041.2620974 e-mail: emanuela.carretto@istruzione.it

Estensore :
Angela Pangia
Tel. 041.2620967 e-mail: angela.pangia.ve@istruzione.it

**Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)
Personale DOCENTE ed EDUCATIVO**

Al Dirigente Scolastico

Cognome _____ Nome _____

Nat__ a _____ il _____

C.F. _____ Tel. _____ e-mail _____

Materia di insegnamento _____ Cl.Conc. _____

Tipo di posto (personale Educativo) _____

Titolare presso _____ In servizio presso _____

CHIEDE

il rientro a tempo pieno
oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

tempo parziale orizzontale su tutti i giorni lavorativi:

per n. _____ ore settimanali

tempo parziale verticale:

per n. _____ ore settimanali per n. _____ giorni settimanali

tempo parziale ciclico: _____

indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro , nei seguenti termini : _____

DICHIARA

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
2) di svolgere attività come libero professionista;
3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
4) di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto).
5) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247.
6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 117/89, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996, in ordine di priorità:
a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18,
c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie

	provinciali;
	d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
	e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n _____. figli minori;
	f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio
	g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega

data _____

Firma

Riservato alla Istituzione scolastica :

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

- Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale
- Si dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente
- Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Il Dirigente Scolastico

Data _____

**Fac-simile domanda di rientro al tempo pieno, di trasformazione del rapporto di lavoro dal tempo pieno al tempo parziale, di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale (O.M. 22.07.1997, n. 446)
Personale ATA**

Al Dirigente Scolastico

__1__ sottoscritto/a _____
nato/a _____ (____) il _____
qualifica o profilo _____
in servizio presso _____

CHIEDE

il rientro a tempo pieno
oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con la seguente tipologia ed il seguente orario:

tempo parziale orizzontale su tutti i giorni lavorativi:
per n. _____ ore settimanali

tempo parziale verticale:
per n. _____ ore settimanali per n. _____ giorni settimanali

tempo parziale ciclico: _____
indicare il/i periodi di assenza dal servizio

la modifica del proprio orario di lavoro a tempo parziale relativamente alla tipologia e/o all'orario di lavoro , nei seguenti termini : _____

DICHIARA

(Nel caso di rientro a tempo pieno non occorre nessuna dichiarazione; negli altri casi occorre segnare, con una X accanto al numero e/o lettera, le parti che interessano)

1) di svolgere una seconda attività lavorativa subordinata o autonoma;
2) di svolgere attività come libero professionista;
3) di non svolgere una seconda attività subordinata o autonoma;
4) di avere un'anzianità complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera di aa. _____ mm. _____ gg. _____ (indicare il totale del servizio giuridicamente ed economicamente riconosciuto).
5) di avvalersi di quanto previsto dal comma 44 dell'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007 n. 247.
6) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza di seguito elencati (dalla lettera a alla g), previsti dall'art. 7, comma 4, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 117/89, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996, in ordine di priorità:
a) portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
b) persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11 Febbraio 1980 n. 18,
c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali;
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'unito certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n. _____ figli minori;
f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio
g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega

data _____

Firma

Riservato alla Istituzione scolastica :

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

- Si dichiara che la richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla trasformazione del rapporto di lavoro del/la richiedente da tempo pieno a tempo parziale

- Si dichiara che la richiesta di modifica dell'attuale rapporto di lavoro a tempo parziale, con la relativa tipologia e il relativo orario, è compatibile con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. Si esprime, pertanto, parere **FAVOREVOLE** alla modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente

- Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Il Dirigente Scolastico

Data _____