



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MAJORANA"

Liceo Scientifico-Liceo Scienze applicate –Liceo Classico –Liceo Linguistico-Scienze Umane A.F.M –Turismo-Sirio I.T.C.-
Servizi per l'Agricoltura e lo Sviluppo Rurale
Servizi per l' Enogastronomia Alberghiera

96012 AVOLA (SR) – Via Labriola, 1 Tel - 0931831970 // Fax 0931814021



Erasmus+

C.F. 92021320897

E_mail istituzionale: sris02300a@istruzione.gov.it
Posta certificata: sris02300a@pec.istruzione.it

We prepare for

Cambridge

English Qualifications

Excellent
School of English

circ. n. 341

- AI DOCENTI
- AL PERSONALE ATA
SEDE

Oggetto: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale dall'01.09.2026, nonché rientro al tempo pieno - Personale docente e ATA

Si ricorda che il **15 marzo 2026** scadrà il termine, fissato dall'O.M. n. 55 del 13 febbraio 1998, per la presentazione delle domande di trasformazione del rapporto di lavoro.

Entro e non oltre tale data, il personale docente ed ATA potrà presentare le seguenti domande:

- Di trasformazione dal tempo pieno al tempo parziale;
- Di rientro a tempo pieno;
- di modifica dell'orario settimanale di servizio per il personale già in regime di part-time.

Tutto il personale interessato, dovranno presentare la domanda presso la scuola di titolarità. Pertanto, il personale in assegnazione provvisoria/utilizzazione interprovinciale dovrà inviare le istanze alla scuola della provincia di titolarità.

Si allegano:

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

Avola, 19/02/2025



La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Gabriella Pagano

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

_____l_____ 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 2026 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 Commissioni 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**).

_____l_____ 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 **È 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 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 È 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%, PERSONA AFFETTA DA PATOLOGIA PSICHIATRICA, 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

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

