



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**Ufficio VII – Ambito Territoriale per la Provincia di Frosinone**  
**Viale Olimpia, n.14-16 – 03100 Frosinone**  
**Indirizzo PEC: [uspfr@postacert.istruzione.it](mailto:uspfr@postacert.istruzione.it) – E-mail: [usp.fr@istruzione.it](mailto:usp.fr@istruzione.it)**  
**Tel. +3907752961 – C.F.: 80009750607**

|   |
|---|
| ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 2°<br>CECCANO (FR) |
| - 4 MAR. 2020                                   |
| PROT. N. 1429                                   |
| TIT..... CL..... FASC.....                      |

**AI DIRIGENTI SCOLASTICI  
DELLE SCUOLE E ISTITUTI STATALI  
DI OGNI ORDINE E GRADO DELLA  
PROVINCIA DI FROSINONE**

**ALL'ALBO - SEDE**

**OGGETTO:** Trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale: personale docente Educativo ed A.T.A. – A.S. 2020/2021.

Con la presente si richiama l'attenzione delle SS.LL. sul termine ultimo fissato dall'O.M. N. 55 del 13/02/1998 al 15 marzo di ciascun anno, per la presentazione delle domande intese ad ottenere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale.

Si fa presente che il termine del 15 marzo p.v. non riguarda il personale che sarà collocato a riposo a decorrere dal 1° settembre 2020 che ha già dovuto manifestare, entro il termine fissato dal M.L.U.R., la volontà di continuare a prestare servizio in regime di tempo parziale e la cui domanda è stata già acquisita da questo Ufficio.

Il personale docente, educativo e ATA che abbia interesse, dovrà pertanto presentare all'istituzione scolastica di titolarità o di servizio, entro la predetta data del 15 marzo, la relativa domanda, redatta in conformità degli allegati modelli.

Di norma il rapporto di lavoro a tempo parziale avrà la durata di almeno due anni scolastici e si prorogherà automaticamente di anno in anno in assenza di richiesta scritta di reintegro a tempo pieno, da prodursi da parte dell'interessato, per il tramite il Dirigente Scolastico, a questo Ufficio entro la predetta data.

Si invitano le SS.LL. ad esaminare le domande, dopo aver accertato la compatibilità dell'orario prescelto dagli interessati ed a trattenere le domande presentate agli atti della Scuola, per l'acquisizione al S.I.D.I., utilizzando il seguente percorso: Fascicolo Personale Scuola – Personale



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

*Ufficio VII – Ambito Territoriale per la Provincia di Frosinone*

*Viale Olimpia, n.14-16 – 03100 Frosinone*

*Indirizzo PEC: [uspfr@postacert.istruzione.it](mailto:uspfr@postacert.istruzione.it) – E-mail: [usp.fr@istruzione.it](mailto:usp.fr@istruzione.it)*

*Tel. +3907752961 – C.F.: 80009750607*

**Scuola – Personale Comparto Scuola – Gestioni Posizioni di Stato – Trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale - Acquisire domanda .**

Al termine di tali adempimenti e comunque non oltre il **25 marzo 2020**, le SS.LL. medesime trasmetteranno a questo Ufficio le domande prodotte dagli interessati e protocollate da codesti Uffici.

Successivamente questo Ufficio provvederà a formalizzare il contratto e ad inviarlo, tramite le SS.LL., agli interessati.

Si richiama l'attenzione delle SS.LL. sull'osservanza di quanto indicato nella presente nota e si ringrazia per la collaborazione.

**IL DIRIGENTE**

(Dott.ssa Michela CORSI)

Firmato digitalmente da CORSI  
MICHELA  
C=IT  
O=MINISTERO ISTRUZIONE  
UNIVERSITA' E RICERCA

All. n. 1 - domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale - personale docente;

All. n. 2 – domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale – personale ATA - Educativo;

All. n. 3 – domanda di rientro a tempo pieno;

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente dell 'Ufficio VII  
Ambito territoriale della provincia di  
FROSINONE,  
Viale Olimpia, n.14 - 16 FROSINONE  
Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di docente di scuola \_\_\_\_\_, ai sensi 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;
- LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;  
a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_ 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)  
C - TEMPO PARZIALE MISTO \_\_\_\_\_  
(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:
  - o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
  - o 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)**
  - o 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);**
  - o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
  - o 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);**
  - o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).***(Barrare la casella di interesse)*

DICHIARA inoltre:

di non voler intraprendere altra attività lavorativa

Ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (in questo caso l'orario part-time richiesto non può superare il 50% dell'orario di servizio) .

**I sottoscritt\_ dichiara fin d'ora di accettare che l'articolazione oraria del part time (ovvero i giorni in cui verrà effettuata la prestazione lavorativa) sarà definita annualmente in relazione alla compatibilità dell'orario richiesto con l'orario definitivo delle lezioni che verrà elaborato all'inizio di ciascun anno scolastico, e di accettare altresì eventuali variazioni del proprio orario di servizio rese necessarie per garantire l'unicità dell'insegnamento, in seguito alla definizione del numero effettivo di classi autorizzate in sede di adeguamento dell'organico di diritto alla situazione di fatto.**

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

---

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione

-----

(leggi 15/1968, 127/1997, DPR 445/2000 –da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla 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 della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento Ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

---

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTO AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ SI  
COMPONE DI N. \_\_\_\_\_ ALLEGATI.

Preso matto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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** parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

## MODELLO DI DOMANDA PART-TIME – PERSONALE EDUCATIVO ED A.T.A

Al Dirigente dell 'Ufficio VII  
Ambito territoriale per la provincia di  
FROSINONE -  
Viale Olimpia, n.14 - 16 FROSINONE

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.) il \_\_\_\_\_ titolare presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_, ai sensi 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;
- LA MODIFICA del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio;  
a decorrere dal 01/09/\_\_\_\_\_ 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)
  - C - TEMPO PARZIALE MISTO \_\_\_\_\_  
(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:
    - o portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie; **(documentare con dichiarazione personale)**
    - o 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)**
    - o 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);**
    - o figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo; **(documentare con dichiarazione personale);**
    - o 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);**
    - o esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza; **(documentare con idonea certificazione).**
- (Barrare la casella di interesse)*

DICHIARA inoltre:

- di non voler intraprendere altra attività lavorativa  
Ovvero

di voler intraprendere la seguente attività lavorativa (in questo caso l'orario part-time richiesto non può superare il 50% dell'orario di servizio) .

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali:

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione  
-----

(leggi 15/1968, 127/1997, DPR 445/2000 –da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda alla 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 della Pubblica Amministrazione (Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento Ministeriale 7.12.2006, n. 305).

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

TIMBRO DELLA SCUOLA

ASSUNTO AL PROTOCOLLO DELLA SCUOLA AL N. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ SI

COMPONE DI N. \_\_\_\_\_ ALLEGATI.

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a, 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** parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
\_\_\_\_\_

All. n. 3

## MODELLO DI DOMANDA DI RIENTRO A TEMPO PIENO

Al Dirigente dell' Ufficio VII  
ATP - FROSINONE  
Tramite Il Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/a..... nato/a a.....  
(prov.....) il..... residente a .....  
via ..... n..... tel.....  
titolare presso..... codice meccanografico.....  
in servizio presso..... codice meccanografico.....  
nel corrente anno scolastico presso..... in qualità di:  
\_ Educatore  
\_ Docente di scuola del l'infanzia  
\_ Docente di scuola primaria  
\_ Docente scuola secondaria I° grado - classe di concorso .....  
\_ Docente scuola secondaria II° grado - classe di concorso .....  
\_ Personale A.T.A. - Profilo: .....  
titolare di contratto di lavoro a tempo parziale, senza soluzione di continuità, dall'anno  
scolastico...../.....  
Estremi del contratto: prot. n..... del .....

### CHIEDE

Con decorrenza **1° settembre 2020** la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo parziale a tempo pieno (rientro)**

Data:.....

Firma

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

Preso atto della dichiarazione resa dall'interessato/a,  
**SI ESPRIME** parere favorevole/sfavorevole alla trasformazione del rapporto **di lavoro a tempo pieno del/della richiedente.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....  
(Timbro della Scuola)