AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL_____
_____

Per il tramite del Dirigente scolastico

ALL'UFFICIO VIII
AMBITO TERRITORIALE
PER LA PROVINCIA DI UDINE

OGGETTO: DOMANDA DI TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA **TEMPO PIENO** A **TEMPO PARZIALE**.

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a _____

il _____ A.T.A. a tempo indeterminato

profilo professionale _____

titolare presso _____

sede di servizio _____;

CHIEDE
(segnare le ipotesi che interessano)

Ai sensi dell'art. 3 dell'O.M. n. 446 del 22.07.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'O.M. n. 55 del 13.02.1998, di ☐ **TRASFORMARE** - ☐ **MODIFICARE** il proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con decorrenza _____ secondo la seguente tipologia:

- Tempo parziale verticale/orizzontale, per un totale di ore_____

A tal fine dichiara quanto segue:

1. di avere un'anzianità di servizio complessiva di servizio di ruolo e non di ruolo come risultante dall'allegato A;
2. di essere in possesso del seguente titolo di precedenza previsto dall'art. 7, comma 4, del D.P.C.M. n. 117/89, così come integrato dall'art. 1, comma 64 della Legge 662/96, come risultante dall'allegato B.

Il/la sottoscritto/a, in caso di trasferimento, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e a confermare la domanda di tempo parziale.

Si allegano:

- Allegato A
- Allegato B

_____ _____
luogo e data) (firma)

Indirizzo:_____

_____

Tel. _____

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____