



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 58° J. F. KENNEDY**

Sede degli Uffici di Presidenza e Segreteria: Via Monte Rosa, 149 C.A.P. 80144 NAPOLI
CODICE MECCANOGRAFICO: NAIC8CM004, C.F. 80025520638;

AMBITO TERRITORIALE CAMPANIA NA-13

Recapito E-mail: NAIC8CM004@istruzione.it; Recapito Posta Elettronica Certificata: NAIC8CM004@pec.istruzione.it
Indirizzo Sito Web: <https://www.ic58jfkennedy.edu.it>; Tel. 0815438314

Prot. 3877 / 1.1

Napoli, 10/3/2025

Ai Docenti e alle Unità di Personale ATA con contratto a tempo indeterminato

Oggetto: Comunicazione adempimenti per richiesta rapporto di lavoro part-time, modifica orario e/o tipologia rapporto di lavoro part-time, ripristino rapporto di lavoro full time Docenti e Unità di Personale ATA con contratto a tempo indeterminato

Si comunica ai Docenti e alle Unità di Personale ATA con contratto a tempo indeterminato che è fissato perentoriamente per il 15 marzo 2025 il termine di scadenza per la presentazione delle Istanze di richiesta del regime di lavoro part-time, delle Istanze di richiesta di modifica dell'orario e/o della tipologia in merito al rapporto di lavoro part-time già in essere e delle Istanze relative al ripristino del regime di lavoro full-time; pertanto, i Soggetti eventualmente interessati dovranno presentarsi presso gli Uffici di Presidenza e Segreteria per la formulazione della relativa Istanza entro le ore 10 del 14 marzo 2025, al fine di consentire alla Scuola l'acquisizione di dati e documenti e l'espletamento dei correlati controlli e adempimenti procedurali, considerando che per Questa Scuola è prevista la chiusura degli Uffici nella giornata del sabato (corrispondente al giorno 15 marzo 2025).

Si allega la Modulistica da utilizzare.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Carmela Mannarelli**



Carmela Mannarelli

Napoli, 10 marzo 2025

MODELLO DI DOMANDA PART-TIME - PERSONALE DOCENTE A TEMPO INDETERMINATO
a.s. 2025/2026

(In carta semplice, tramite il Dirigente dell'Istituto)

Al Dirigente Scolastico di _____

Al Dirigente dell'Ufficio VI Ambito Territoriale di Napoli

OGGETTO: Domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (O.M. n. 446 del 22/07/1997, art. 39 (personale docente) e art. 58 (personale A.T.A.) del C.C.N.L. 29/11/2007 – Comparto Scuola).

Il sottoscritt _____ nat _____
_____ il _____ titolare presso
_____ in servizio presso _____

• **DOCENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI:**

- SC. INFANZIA SC. PRIMARIA I.R.C. (infanzia/primaria)
 1° GRADO 2° GRADO I.R.C. Classe di Conc. _____

- POSTO COMUNE POSTO SOSTEGNO

• **PERSONALE A.T.A. CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO, PROFILO PROFESSIONALE:**

- ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
 ASSISTENTE TECNICO AREA _____
 COLLABORATORE SCOLASTICO
 ALTRO _____

CHIEDE

- la **TRASFORMAZIONE** del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, come previsto dagli articoli 7, 8 e 9 dell'O.M. n. 446 del 22 luglio 1997, e successive modificazioni
 la **MODIFICA** del precedente orario di part-time e/o tipologia dell'orario di servizio,

con decorrenza dal _____ secondo la seguente tipologia:

- TEMPO PARZIALE ORIZZONTALE** (SU TUTTI I GIORNI LAVORATIVI) PER N. ORE _____
 TEMPO PARZIALE VERTICALE (SU NON MENO DI N. 3 GIORNI ALLA SETTIMANA) PER N. ORE _____
E SVOLGERA' IL SERVIZIO NELLE SEGUENTI GIORNATE LAVORATIVE _____
 TEMPO PARZIALE MISTO _____

DICHIARA

A) di avere un'anzianità di servizio di ruolo e non di ruolo riconosciuto o riconoscibile agli effetti della progressione di carriera di anni pari a (*):

Ruolo anni _____ e mesi _____

Pre -ruolo anni _____ e mesi _____

(*) L'anzianità di servizio è documentata con dichiarazione personale da allegare alla presente.

10/2

B) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità (contrassegnare le sole situazioni possedute), ai sensi art. 3 comma 3 punto 2 dell'O.M. n. 446/97:

- a. Essere portatore di handicap o di invalidità, riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie (1).
- b. Avere persone a carico per le quali è corrisposto l'assegno di accompagnamento, di cui alla Legge 11/02/80 n. 18 (1).
- c. Avere familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (2).
- d. Avere figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo (1).
- e. Essere familiare che assiste persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero (1) (2).
- f. Avere superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio (1).
- g. Esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'amministrazione di competenza (3).

(1) Documentare con dichiarazione personale da allegare alla presente.

(2) Documentare con certificazione in originale o in copia autenticata rilasciata dalla ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.

(3) Dimostrare con idonea documentazione.

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

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- _____
- _____
- _____

_____, li _____ (FIRMA)

RISERVATO ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

La presente domanda è stata presentata a questa Istituzione Scolastica in data _____ con prot. 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: _____

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

2012

Modello B – domanda di rientro a tempo pieno

**Al Dirigente dell'Ufficio VI
Ambito Territoriale di Napoli
Agli indirizzi mail dedicati (indicati in circolare)**

Per il tramite del Dirigente Scolastico della scuola di titolarità o di servizio

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
(prov.) _____ il _____ titolare presso _____
in qualità di _____ Cls di concorso _____ (solo
per la scuola secondaria), ai sensi **dell'art. 39 (personale docente)** o **dell'art. 58 (personale
A.T.A.)** 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 parziale a tempo pieno (rientro a tempo pieno) **a decorrere dal 01/09/2025:**

- **avendo** assolto all'obbligo di permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 dell'O.M. 446/97;

- **pur non avendo** assolto all'obbligo di permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 dell'O.M. 446/97, per i seguenti motivi (dichiarati ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del DPR 445/2000 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci, artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000):

Data _____

Firma di autocertificazione
(DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda
all'impiegato della scuola addetto alla ricezione)

=====
Riservato alla istituzione scolastica:

Denominazione istituzione scolastica _____

Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico
