



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



MODELLO A

**PERSONALE ATA  
RICHIESTA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA**

**AL SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO  
E LA GESTIONE DEL PERSONALE DELLA  
SCUOLA**

**Ufficio gestione del rapporto di lavoro del  
personale della scuola**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, matricola \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_  
nel \_\_\_\_\_ profilo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ titolare presso l'istituzione  
scolastica/formativa \_\_\_\_\_

superato il periodo di prova SI  NO

**dichiara**

di essere portatore di handicap riconosciuto ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.

di essere invalido civile con grado di invalidità superiore al 46%,

**ovvero**

**invalido** (indicare altro tipo di invalidità) \_\_\_\_\_ con grado di riconoscimento \_\_\_\_\_%

**soggetto a malattia grave e cronica**

**CHIEDE LA TRASFORMAZIONE NON TEMPORANEA  
del rapporto di lavoro a tempo parziale a decorrere dal 1° settembre**

<sup>1</sup>

*di durata pari a:*

**18** ore settimanali     **21** ore settimanali     **24** ore settimanali     **30** ore settimanali

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup>INSERIRE ANNO

**tipologia:**

**orizzontale**

con prestazione lavorativa settimanale articolata su  **5 giorni** o  **6 giorni**

(giorno **non** lavorativo \_\_\_\_\_)

con orario:

**antimeridiano**    **pomeridiano**    **misto**

**verticale settimanale**   con prestazione lavorativa articolata su  **3 giorni**    **4 giorni**

(indicare i giorni )

\_\_\_\_\_

**verticale annuale**   con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno:

gennaio  febbraio  marzo  aprile  maggio  giugno

luglio  agosto  settembre  ottobre  novembre  dicembre

articolata su  **5 giorni** o  **6 giorni settimanali**

**per la durata di:**         **6 mesi**         **7 mesi**         **8 mesi**         **10 mesi**

Ai fini dell'attribuzione del punteggio per la formazione della graduatoria,

**allego**

la seguente documentazione:

---

**inoltre**

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

**DICHIARO**

**di convivere con:**

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età inferiore a 6 anni:** (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 6 e 14 anni**: (indicare cognome, nome, data di nascita e codice fiscale):

---

---

figli propri e/o del coniuge/convivente di **età compresa tra 14 e 18 anni**: (indicare cognome, nome,, data di nascita e codice fiscale):

---

---

come risulta dagli atti del Comune di residenza,

di essere in possesso dei sottoelencati requisiti richiesti per l'attribuzione del punteggio per i quali:

indico gli estremi identificativi dei documenti ed il procedimento per il quale sono stati già presentati all'Amministrazione

---

mi impegno ad inoltrare relativa documentazione secondo le modalità e le tempistiche previste nella circolare

di essere:

- portatore di handicap riconosciuto ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.
- affetto da grave debilitazione psico-fisica
- affetto da grave patologia
- invalido (specificare se del lavoro/civile) con un grado invalidità pari al \_\_\_\_\_%

di assistere con carattere di continuità il/la sig./sig.ra

---

(indicare cognome, nome, data di nascita, residenza, codice fiscale e grado di parentela) che necessita di assistenza (barrare la voce che interessa):

- a seguito di grave debilitazione psico-fisica
- in quanto soggetto a fenomeni di tossicodipendenza/alcoolismo
- in quanto affetto/a da gravi patologie
- anziano non autosufficiente

di frequentare l'Università di \_\_\_\_\_ ovvero la scuola secondaria superiore \_\_\_\_\_

(indicare la scuola ed il corso di studi - ovvero l'università frequentata/facoltà/corso di studi ed eventualmente la sede)

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell' informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016, allegata alla circolare relativa alle richieste di part-time.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'Istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello cognome e nome del dipendente addetto)

---

**RISERVATO AL DIRIGENTE**

Il sottoscritto Dirigente, presa visione dell'istanza presentata dal \_\_ dipendente \_\_\_\_\_

**ritiene**

- che le indicazioni formulate dal \_\_ dipendente **sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio;

**(oppure)**

- che le indicazioni formulate dal \_\_ dipendente **non sono compatibili** con le esigenze organizzative dell'Istituto/Servizio per le seguenti motivazioni:

---

---

---

**e quindi propone**

che la prestazione lavorativa a tempo parziale venga effettuata come di seguito indicato:

**durata:**     **18** ore settimanali     **21** ore settimanali     **24** ore settimanali     **30** ore settimanali

**tipologia:**

**orizzontale**

con prestazione lavorativa settimanale articolata su  5 giorni o  6 giorni

(giorno non lavorativo \_\_\_\_\_)

con orario:

**antimeridiano**     **pomeridiano**     **misto**

**verticale settimanale**

con prestazione lavorativa articolata su  **3 giornate**     **4 giornate**

---

(indicare i giorni )

**verticale annuale**

*con prestazione lavorativa concentrata nei seguenti mesi dell'anno*

gennaio  febbraio  marzo  aprile  maggio  giugno

luglio  agosto  settembre  ottobre  novembre  dicembre

*e articolata su*  **5 giorni**  **6 giorni settimanali**

*per la durata di durata:*  **6 mesi**  **7 mesi**  **8 mesi**  **10 mesi**

il/la dipendente  concorda  non concorda con la proposta suddetta.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Dirigente)