

Al Dirigente Scolastico _____

Oggetto: - **trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno**

(ripristino tempo pieno) - (ai sensi del D.M. 446 del 22/7/97, della C.M. 449 del 23/7/97, dell'O.M. 55 del 13/2/98, della C.M. 62 del 19/2/98, del Dec. Leg.vo 61/00, del CCNL, della L. 133/08, della C.M.P.A.I. n. 8/08)
- **decorrenza 01/09/2015 - Domanda**

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (_____)

il _____ / _____ / 19____ in servizio presso codesta Istituzione, con la qualifica di _____ e con
[qualifica / per i prof. : SOLO classe di conc.]rapporto di lavoro a tempo indeterminato part time **a decorrere dal 01 / 09 / _____** ,**c h i e d o, dal 1 / 9 / 2015,**la trasformazione del rapporto di lavoro **da tempo parziale a tempo pieno (ripristino tempo pieno)**,

[barrare la casella d'interesse]

- ☐ ai sensi del c. 1 dell'art. 12-bis del Dec. Leg.vo 61/2000
- ☐ **avendo assolto** l'obbligo della permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 del D.M. 446/97 e all'art. 5 dell'O.M. 55/98.
- ☐ **pur non avendo assolto** l'obbligo della permanenza minima di 2 anni di cui all'art. 11 del D.M. 446 e all'art. 5 dell'O.M. 55/98, **per i seguenti motivi** [dichiarati ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.ii. e mm.)]

Eventuali documenti allegati : _____

Dichiaro di essere informato che i dati personali di cui sopra saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm..

_____/03/2015

(firma)

- ☐ si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)
oppure
- ☐ ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della istanza / dichiarazione è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____
e che tale domanda è stata assunta al protocollo della Scuola in data ____/03/2015 al numero _____.
_____/03/2015 _____
[cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione] [firma del dipendente addetto alla ricezione]

Il Dirigente Scolastico

Vista la domanda di cui sopra

Verificata la sussistenza dei requisiti normativi citati / la valenza delle motivazioni addotte

Sentito l'A.T.P. (U.O. 6) sulle eventuali motivazioni ostative esulanti le competenze rientranti nell'autonomia scolastica

dispone

- ☐ **l'accoglimento** della domanda. Pertanto la presente costituisce provvedimento di individuazione per la successiva stipula del contratto di ripristino del tempo pieno
- ☐ il **non accoglimento** della richiesta in assenza dei requisiti normativi citati / per insufficienza delle motivazioni addotte, con specifica valutazione della **compatibilità con le esigenze didattiche e/o di servizio**.

Il Dirigente Scolastico

____/____/2015