

c) familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica; (come confermato dall'allegato certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali);
d) figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo; (dichiarare la data di nascita dei figli _____)
e) familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti (come confermato dall'allegato certificato dell'ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali), genitori con n____. figli minori;
f) aver superato i sessanta anni di età ovvero aver compiuto venticinque anni di servizio
g) motivate esigenze di studio, come da idonea documentazione che si allega

data _____

Firma

Riservato alla Istituzione scolastica :

Assunta al protocollo della scuola al 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 **FAVOREVOLE**, viste le motivazioni dell'interessato, al rientro a tempo pieno anticipato (dopo solo un anno di servizio a part time) ai sensi dell'art. 11 O.M. 446/97.
- Si esprime parere **NON FAVOREVOLE** alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/la richiedente per le seguenti ragioni:

Il Dirigente Scolastico

Data _____