

Dichiarazione/Autocertificazione

 1 sottoscritt _____ nat a _____
(prov.) il _____ titolare presso _____
in qualità di _____ Cls di concorso _____

dichiaro/autocertifico

sotto la mia personale responsabilità, 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):

A) Ai sensi dell'art. 8 co. 3 D.lgs 81/2015:

☐ di avere diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro in quanto affetto/a da patologie oncologiche, o gravi patologie cronico-degenerative con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita, accertate da commissione medica, anche per un lavoratore in assistenza al coniuge, al figlio o ai genitori affetti sempre da medesime gravi patologie;

B) di possedere alla data di presentazione della domanda l'anzianità complessiva di servizio riconosciuta o riconoscibile ai fini della carriera di : aa _____ mm: _____ gg: _____;

C) di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza in ordine di priorità ai sensi dell' art. 3, comma 3 punto 2 dell' O.M. 446/97 e ss.mm.ii.:

- ☐ portatore di handicap o invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;
- ☐ persone a carico per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla L.11/2/80, n. 18;
- ☐ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico e grave debilitazione psicofisica;
- ☐ figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola d'obbligo;
- ☐ familiari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, nonché genitori con figli minori in relazione al loro numero;
- ☐ aver superato i 60 anni di età ovvero aver compiuto 25 anni di effettivo servizio;
- ☐ esistenza di motivate esigenze di studio, valutate dall'Amministrazione di competenza;

Allega i seguenti documenti e/o dichiarazioni personali: _____

1 sottoscritt , in caso di trasferimento o di passaggio, si impegna, a confermare o a revocare la domanda di tempo parziale e comunicare la rettifica dei dati relativi alla sede di titolarità e/o classe di concorso (cfr art. 3, comma 3, O.M. 446/97 e ss.mm.ii.).

Data _____
Firma di autocertificazione _____

Firma _____

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

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006, n. 305 e secondo le nuove disposizioni del GDPR Regolamento UE 2016/679)

Data _____ firma _____

**Modello B – Domanda di rientro a tempo pieno personale scolastico
biennio 2021/2022 – 2022/2023**

Al Dirigente Scolastico di _____
Al Dirigente dell'Ufficio VIII Ambito Territoriale
per la provincia di Modena

__l__ sottoscritt _____ nat __ a _____
(prov.) il _____ titolare presso _____
in qualità di _____ Cls di concorso _____ (solo
per la scuola secondaria).

CHIEDE

LA TRASFORMAZIONE del rapporto di lavoro da **tempo parziale a tempo pieno** (*rientro a tempo pieno*) a decorrere dal **01/09/2021**:

-**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 445/200 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 _____

=====

Riservato alla istituzione scolastica : Assunta al protocollo della scuola al n. _____ del _____

Il Dirigente Scolastico

Data _____