

....L... SOTTOSCRITT... ..  
NAT... A ..... PROV..... IL .....  
RESIDENTE A..... VIA ..... NR.....  
TEL. .... CODICE FISCALE.....  
SCUOLA DI TITOLARITA'  
.....  
SEDE DI SERVIZIO  
.....

IN RELAZIONE ALLA DOMANDA PRODOTTA IN DATA .....VOLTA AD OTTENERE LA  
TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE,

**DICHIARA**

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' :

- DI ESSERE STATO NOMINATO NEI RUOLI DEL PERSONALE DOCENTE DAL .....
- DI POSSEDERE LA SEGUENTE ANZIANITA' DI SERVIZIO DI RUOLO E NON DI RUOLO: ANNI.....
- DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA DI CUI AL COMMA 2 ART. 3 DELL'OM 446/97:

DI VOLERE USUFRUIRE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE COSI' COSTITUITO:

TIPOLOGIA:  ORIZZONTALE  
 VERTICALE

PER NUMERO ..... ORE SETTIMANALI

DATA.....

FIRMA.....

**VISTO PER L'APPROVAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

.....  
timbro e firma