

*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per la Campania  
Ufficio X – Ambito Territoriale per la provincia di Salerno*

**Ai Dirigenti delle Istituzioni Scolastiche  
di ogni ordine e grado della Provincia di Salerno**

**E, p.c. Alle OO.SS. Territoriali del Comparto Scuola**

**OGGETTO: Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale o rientro a tempo pieno del personale docente educativo ed ATA – anno scolastico 2024/25. -**

Si ritiene utile ricordare alle SS.LL. che, come ogni anno, così come stabilito in via permanente dall'O.M. n. 55/98, la data di scadenza, delle domande per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale o rientro a tempo pieno del personale docente ed ATA, è fissata al 15 marzo.

Com'è noto alle SS. LL., l'art. 14 del D.P.R. n. 275/99, nonché le CC.MM. n. 205 del 30/08/2000 e n. 34 del 19 febbraio, hanno previsto il passaggio dagli Uffici Scolastici Provinciali alle Istituzioni Scolastiche delle competenze relative all'emanazione dei provvedimenti relativi allo stato giuridico ed economico del personale della scuola.

Tanto premesso, si ribadisce che l'O.M. n. 446/97 stabilisce che, ai fini dell'accoglimento delle istanze, l'Ufficio Scolastico Provinciale debba determinare il contingente massimo dei posti da destinare alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, fissato al 25% della dotazione organica complessiva.

Entro il 26/03/2024 le istituzioni scolastiche faranno pervenire in copia a questo Ufficio, all'indirizzo di posta certificata [uspsa@postacert.istruzione.it](mailto:uspsa@postacert.istruzione.it), tutte le nuove domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale presentate entro i termini, accompagnate dal parere del Dirigente Scolastico (art. 73 D.L. n. 112/08 convertito in legge n. 133 del 6 agosto 2008).

Si rammenta la necessità che eventuali pareri negativi siano espressi con dettagliata e motivata dichiarazione, al fine di tutelare la posizione dell'Amministrazione nel caso di eventuali contenziosi conseguenti al diniego.

Gli originali delle già menzionate istanze dovranno essere trattenuti dalle istituzioni scolastiche per la successiva predisposizione e stipula del contratto individuale di lavoro a tempo parziale, che, si ricorda, potrà avvenire solo previa pubblicazione da parte dello scrivente Ufficio dell'elenco del personale ammesso al regime di lavoro part-time.



## *Ministero dell'Istruzione e del Merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per la Campania*

*Ufficio X – Ambito Territoriale per la provincia di Salerno*

Si segnalano, pertanto, alcuni adempimenti a carico delle SS.LL. da attuare dopo l'avvenuta pubblicazione dell'elenco suddetto:

- inserimento delle istanze al SIDI, prima dell'invio delle stesse a questo Ufficio complete della stampa dell'avvenuta registrazione al sistema;
- predisposizione dei relativi contratti a seguito del provvedimento di autorizzazione concesso dallo scrivente;
- trasmissione dei contratti agli Organi di controllo.

Si ricorda che il contratto di part-time è di durata minima biennale e che, in assenza di diversa comunicazione da parte dell'interessato, si intende automaticamente prorogato di anno in anno. Scaduto il primo biennio, non è pertanto richiesta ai docenti la presentazione di nuova istanza per la prosecuzione del rapporto di lavoro in regime di part-time.

Il personale che, già in regime di lavoro part-time, intenda modificare l'orario di servizio per esigenze personali deve presentare apposita richiesta sempre nel termine del 15 marzo 2024.

È di competenza delle Istituzioni Scolastiche:

1. Per il personale che rientra a tempo pieno, predisporre e adottare il provvedimento cartaceo di reintegro;
2. Per il personale già in regime di part – time che intenda modificare l'orario di servizio, predisporre e stipulare il contratto integrativo recante la sola modifica del numero di ore e della loro articolazione.

La relativa documentazione concernente il personale rientrante nei sopracitati numeri 1 e 2 (istanza dell'interessato) andrà inviata a quest'Ufficio entro lo stesso termine del 26 marzo 2024.

L'elenco del personale avente diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time sarà pubblicato da quest'Ufficio prima dell'inizio delle operazioni di determinazione dell'organico di fatto anno scolastico 2024/2025.

Alla presente nota si allega il seguente modello:

- domanda di trasformazione/modifica del rapporto di lavoro.

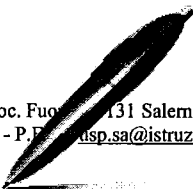
I Dirigenti Scolastici sono pregati di dare ampia comunicazione della presente a tutto il personale.

Si confida nel puntuale adempimento di quanto sopra richiesto.

IL DIRIGENTE

Mimi Minella

Documento firmato digitalmente ai sensi del C.A.D. e normativa connessa



Firmato digitalmente da  
MINELLA MIMI'

051178977164  
MINISTERO  
DELL'ISTRUZIONE

Via Monticelli n.1 Loc. Fuorni 84131 Salerno Tel. 081 58977164  
P.E.C.: [uspsa@postacert.istruzione.it](mailto:uspsa@postacert.istruzione.it) - P.F. [uspsa@istruzione.it](mailto:uspsa@istruzione.it) - Web: [www.mmi.it](http://www.mmi.it) - [www.istruzione.it](http://www.istruzione.it)

**Oggetto:** Richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998.

Il sottoscritto/a..... nato/a .....il.....,  
tel....., mail.....

inquadrato nel ruolo del personale *ATA, profilo professionale*.....

titolare presso la seguente istituzione scolastica .....

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998 e successive modifiche ed integrazioni,

il rientro a tempo pieno

oppure

la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con decorrenza 01 settembre 2024 secondo la seguente tipologia:

tempo parziale orizzontale (su tutti i giorni lavorativi) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

tempo parziale verticale (su non meno di tre giorni alla settimana) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali

tempo parziale ciclico: \_\_\_\_\_ indicare il/i  
periodi di assenza dal servizio:

A tal fine dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue:

- di avere la seguente anzianità complessiva di servizio di ruolo: .....
- di avere la seguente anzianità di servizio pre-ruolo.....
- di aver diritto, ai sensi dell'art. 12 bis del d.lgs. n. 61 del 2000, come modificato dall'art. 1 della l. n. 247 del 2007, alla priorità assoluta nella trasformazione del proprio rapporto di lavoro in part time, trovandosi in una delle seguenti situazioni:

Lavoratore il cui coniuge, figli o genitori è affetto da patologie oncologiche;

Lavoratore che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della l. n. 104 del 1992, con riconoscimento di un'inabilità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;

Lavoratore con figli conviventi di età non superiore a tredici anni;

Lavoratore con figli conviventi in situazione di handicap grave.

- di essere in possesso dei titoli di precedenza di seguito specificati, previsti dall'art. 7, comma 4, del DPCM n. 117/1989, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996 in ordine di priorità:

portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;

di avere le seguenti persone a carico: ..... per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11.2.1980 n. 18;

di avere i seguenti familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....

di avere n.....figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;

di assistere i seguenti familiari portatori di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....

di avere n.....figli minori .....

di aver superato i sessanta anni di età

di aver compiuto 25 anni di servizio;

che deve assolvere le seguenti esigenze motivate di studio: .....come da allegata documentazione.

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)

Allega i seguenti documenti e dichiarazioni:

Data.....

Firma.....

---

---

**Riservato alla istituzione scolastica**

Assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale È COMPATIBILE con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

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 \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998.

Il sottoscritto/a..... nato/a ..... il.....  
inquadrate nel ruolo del personale *DOCENTE / PERSONALE EDUCATIVO*  
nella classe di concorso ..... (solo per le scuole secondarie)  
nella seguente tipologia di posto *NORMALE / SOSTEGNO*  
titolare presso la seguente istituzione scolastica .....  
con la seguente composizione della cattedra (solo per le scuole secondarie e per i docenti assegnatari di cattedre orario esterne)  
..... (*indicare la scuola di titolarità*) ore \_\_\_\_  
..... (*indicare la scuola di completamento*) ore \_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 3 dell'OM n. 446 del 22.7.1997 così come integrato dall'art. 7 dell'OM n. 55 del 13.2.1998 e successive modifiche ed integrazioni, la trasformazione del rapporto di lavoro con decorrenza 01 settembre 2024 secondo la seguente tipologia:

il rientro a tempo pieno

il tempo parziale orizzontale (su tutti i giorni lavorativi) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

tempo parziale verticale (non meno di tre giorni a settimana) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali

tempo parziale ciclico: \_\_\_\_\_ indicare il/i periodi di assenza dal servizio.

A tal fine dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue:

- di avere la seguente anzianità complessiva di servizio di ruolo: .....
- di avere la seguente anzianità di servizio pre-ruolo.....
- di aver diritto, ai sensi dell'art. 12 bis del d.lgs. n. 61 del 2000, come modificato dall'art. 1 della l. n. 247 del 2007, alla priorità assoluta nella trasformazione del proprio rapporto di lavoro in part time, trovandosi in una delle seguenti situazioni:

Lavoratore il cui coniuge, figli o genitori è affetto da patologie oncologiche;

Lavoratore che assiste una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della l. n. 104 del 1992, con riconoscimento di un'inabilità pari al 100% e necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;

Lavoratore con figli conviventi di età non superiore a tredici anni;

Lavoratore con figli conviventi in situazione di handicap grave.

- di essere in possesso dei titoli di precedenza di seguito specificati, previsti dall'art. 7, comma 4, del DPCM n. 117/1989, ulteriormente integrato dall'art. 1, comma 64, della legge 662/1996 in ordine di priorità:

Portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie;

Di avere le seguenti persone a carico: ..... per le quali è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla legge 11.2.1980 n. 18;

Di avere i seguenti familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....

Di avere n.....figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;

Di assistere i seguenti familiari portatori di handicap non inferiore al 70%, malati di mente, anziani non autosufficienti, come da allegato certificato medico della ASL o delle preesistenti commissioni sanitarie provinciali: .....

Di avere n.....figli minori .....

Di aver superato i sessanta anni di età

Di aver compiuto 25 anni di servizio;

Che deve assolvere le seguenti esigenze motivate di studio: .....come da allegata documentazione.

**Il sottoscritto/a, in caso di trasferimento o passaggio di cattedra o di ruolo, si impegna a far rettificare i dati relativi alla sede di titolarità e di completamento e/o classe di concorso e a confermare la domanda di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale dandone comunicazione all'Ufficio X A.T.P. di Salerno.**

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)

Allega i seguenti documenti e dichiarazioni:

Data.....

Firma.....

---

---

## Riservato alla istituzione scolastica

Domanda assunta al protocollo della scuola al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si dichiara che la richiesta e l'orario di riduzione di lavoro a tempo parziale È COMPATIBILE con l'organizzazione dell'orario di servizio scolastico. si esprime, pertanto, parere FAVOREVOLE alla trasformazione/modifica del rapporto di lavoro a tempo parziale del/della richiedente.

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 \_\_\_\_\_