**TRASFORMAZIONE DEL CONTRATTO DI LAVORO**

**DA PART-TIME A FULL-TIME**

**COLLABORATORI SCOLASTICI EX LSU - POTENZA**

**A.S. 2020/2021**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| **Nominativo:** |  |
| **Data di nascita:** |  | **Provincia di nascita:** |  |
| **Indirizzo:** |  |
| **Telefono:** |  |
| **Email:** |  |
| **P.E.C.** |  |

**DICHIARA**

* + Di ESSERE attualmente titolare di un contratto di lavoro a tempo parziale presso (apporre una X solo se la propria sede di titolarità corrisponde ad una di quelle indicate di seguito)[[1]](#footnote-1):
* I.C. “Giannone” OPPIDO L.-TOLVE
* I.C. PICERNO
* I.C. TITO
* I.I.S. “Federico II di Svevia” MELFI
* IIS “Ruggero” LAURIA

e di voler TRASFORMARE il proprio contratto di lavoro da part-time in full-time presso la medesima sede di titolarità;

**OPPURE**

* Di NON ESSERE titolare di un contratto di lavoro a tempo parziale presso le predette sedi

Indicare la sede di titolarità se diversa da quelle indicate sopra

……………………………………………………………………………………………………

e di voler **RINUNCIARE all’attuale sede** per ottenere la TRASFORMAZIONE del proprio contratto di lavoro da part-time a tempo pieno presso UNA delle seguenti sedi[[2]](#footnote-2):

* I.C. “Lentini” di LAURIA
* I.I.S. “Ruggero” di LAURIA

**FIRMA DELL’ASPIRANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….. dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e di autorizzare l’Ufficio III – Ambito Territoriale di Potenza USR Basilicata e il Dirigente preposto al trattamento dei dati personali per le finalità connesse e necessarie allo svolgimento della presente procedura, ai sensi e con le garanzie di cui agli articoli 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016. Con la presente fornisce, inoltre, il proprio assenso alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito Internet dell’AT Potenza www.istruzionepotenza.it ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni.

Luogo e data ………………………………………………

F i r m a

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI ALLEGANO:

* Copia del documento di riconoscimento;
* Copia del codice fiscale.
1. Apporre la X su una delle seguenti opzioni se la SV è titolare di contratto di lavoro a tempo parziale presso una di queste Istituzioni Scolastiche. [↑](#footnote-ref-1)
2. Apporre una X su una sola delle due sedi indicate. [↑](#footnote-ref-2)