

ALLEGATO (C)

DOMANDA DI TRASFERIMENTO
Per i dipendenti degli uffici centrali

Al	Protocollo n. del
----	--------------------------

DATI ANAGRAFICI

Cognome (per le donne indicare quello da nubile) e nome		
Codice fiscale	Data di nascita	
<input type="text"/>	giorno	mese anno
	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Comune di nascita	Provincia	Sesso
		<input type="text"/> M <input type="text"/> F
Comune di residenza	Provincia	CAP
Via o Piazza (residenza)		

DATI DI SERVIZIO

Area e posizione economica di appartenenza		
<input type="text"/> III	<input type="text"/> II	<input type="text"/> I
Regione di organica appartenenza	Ufficio di organica appartenenza	
Data di prima assunzione (di decorrenza economica)		
giorno	mese	anno
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

REGIONI RICHIESTE

Prima regione	Seconda regione
---------------	-----------------

INDICAZIONE DEI TITOLI VALUTABILI POSSEDUTI

Punteggio attribuito dal dipendente	Punteggio convalidato dalla Direzione Centrale del Personale
---	---

Condizioni di famiglia (massimo 35 punti)

<input type="checkbox"/> Ricongiungimento al coniuge e/o al figlio minore che risieda in altra regione		
<input type="checkbox"/> Dipendente vedovo/a, separato/a, divorziato/a con figli a carico o unico genitore		
<input type="checkbox"/> Presenza di carichi di famiglia		
TOTALE PUNTI (A)		

Anzianità di servizio (massimo 35 punti)

Servizio effettivamente prestato nella regione di appartenenza		
Servizio prestato nella regione richiesta ex art. 42 bis del D. Lgs. n. 151/2001		
TOTALE PUNTI (B)		

Motivi di salute (massimo 35 punti)

<input type="checkbox"/>	Infermità del richiedente		
<input type="checkbox"/>	Infermità del richiedente, <u>determinata da causa di servizio riconosciuta con provvedimento dell'Amministrazione</u>		
<input type="checkbox"/>	Infermità di un congiunto convivente con il richiedente e infermità di parente o affine di 1° grado anche non convivente		
<input type="checkbox"/>	Avvicinamento al coniuge tossicodipendente non divorziato né separato giudizialmente o consensualmente nonché dei figli tossicodipendenti già sottoposti a programma terapeutico nella regione richiesta o in caso di accoglimento in comunità terapeutica		
<input type="checkbox"/>	Cura e assistenza dei figli minorati fisici, psichici o sensoriali, ovvero del coniuge o del genitore totalmente e permanentemente inabili al lavoro		
<input type="checkbox"/>	Nel caso in cui l'invalidità assuma la connotazione di gravità riconosciuta da apposita Commissione medica applicare un punteggio aggiuntivo (5 punti)		
	TOTALE PUNTI (C)		

TOTALE PUNTEGGIO (A + B + C)

--	--

POSSESSO DEL TITOLO DI PRECEDENZA

Destinatario dei benefici **dell'art. 33, comma 6, o dell'art. 21, comma 2, della legge n. 104/1992** (da comprovare con la documentazione prevista dalla medesima legge n. 104/1992) (1)

Possesso dei requisiti per partecipare al trasferimento di cui all'ultimo capoverso del punto 3 della circolare (età maggiore di 62 anni o più di 35 anni di servizio) (1)

(1) barrare la casella in caso di possesso

Il sottoscritto, a conoscenza delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace, dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, che le condizioni di cui ai titoli dichiarati nella presente istanza di trasferimento sono sussistenti.

Elenco dei documenti allegati:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

Data,

Firma

VISTO (per la validazione del punteggio):
IL DIRETTORE CENTRALE DEL PERSONALE
(o il suo delegato)