

ALLEGATO D) - Periferici

DOMANDA DI TRASFERIMENTO
Per i dipendenti degli uffici periferici

Alla Direzione Regionale.....

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome		
Codice fiscale		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Data di nascita		
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 Regionale
---	--

A. Condizioni di famiglia (massimo 40 punti)

<input type="checkbox"/>	Ricongiungimento: 1. <input type="checkbox"/> al coniuge/persona unita civilmente ai sensi della legge n. 76/2016/convivente <i>more uxorio</i> , che svolga attività lavorativa nella regione presso cui si chiede il trasferimento, ovvero che, alla data del 30 giugno 2018, risieda da almeno due anni nella regione presso cui si chiede il trasferimento; 2. <input type="checkbox"/> al figlio minore che, alla data del 30 giugno 2018, risieda da almeno due anni nella regione presso cui si chiede il trasferimento, ovvero dalla nascita, se di età inferiore ai due anni.		
<input type="checkbox"/>	Dipendente vedovo/a, separato/a, divorziato/a con figli fiscalmente a carico o unico genitore		
<input type="checkbox"/>	Presenza di carichi di famiglia: <input type="checkbox"/> Per ogni figlio minore di 3 anni; <input type="checkbox"/> Per ogni figlio da 3 anni compiuti a 6 da compiere; <input type="checkbox"/> Per ogni figlio da 6 anni compiuti a 14 da compiere; <input type="checkbox"/> Per ogni figlio da 14 anni compiuti a 18 da compiere		

TOTALE PUNTI (A)		
------------------	--	--

B. Anzianità di servizio (massimo 30 punti)

	Punteggio attribuito dal dipendente	Punteggio convalidato dalla Direzione Regionale
Per ogni anno di servizio effettivamente prestato nella regione di organica appartenenza		
TOTALE PUNTI (B)		

C. Motivi di salute (massimo 35 punti)

	Punteggio attribuito dal dipendente	Punteggio convalidato dalla Direzione Regionale
<input type="checkbox"/> Patologia del richiedente, determinata da causa di servizio riconosciuta con provvedimento dell'Amministrazione, compresa tra quelle ascrivibili alla tabella A del DPR 834/81		
<input type="checkbox"/> Riconoscimento dello stato di handicap ai sensi del comma 1 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile superiore al 50% del richiedente		
<input type="checkbox"/> Riconoscimento dello stato di invalidità civile uguale o superiore al 33% e minore o uguale al 50% del richiedente		
<input type="checkbox"/> Riconoscimento dello stato di invalidità superiore al 16% e inferiore al 33% del richiedente		
<input type="checkbox"/> Cura e assistenza al coniuge con riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile pari al 100%		
Cura e assistenza per ogni figlio con riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile pari al 100%		

<input type="checkbox"/>	Cura e assistenza per ogni genitore, con riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile pari al 100%, esclusivamente nei casi di documentata unicità di apporto assistenziale		
<input type="checkbox"/>	Cura e assistenza al coniuge con riconoscimento dello stato di handicap ai sensi del comma 1 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile superiore al 74% e inferiore al 100%		
<input type="checkbox"/>	Cura e assistenza per ogni figlio con riconoscimento dello stato di handicap ai sensi del comma 1 dell'art. 3 della Legge 104/92 o riconoscimento dello stato di invalidità civile superiore al 74% e inferiore al 100%		
	TOTALE PUNTI (C)		

TOTALE PUNTEGGIO (A + B + C)

--	--

POSSESSO DEL TITOLO DI PRECEDENZA

Destinatario dei benefici **di cui all'art. 33, comma 6, o di cui all'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 relativi alle unità aggiuntive di cui al punto 3.6 del bando (età anagrafica 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 dichiarazioni mendaci, 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.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 2016/679 (cd. GDPR), per le finalità connesse all'espletamento della presente procedura.

Firma.....

Elenco dei documenti allegati:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Luogo e data

Firma

VISTO (per la validazione del punteggio):
IL DIRETTORE REGIONALE
(o il suo delegato)