

ALLEGATO 4

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Al	Protocollo n.
	Del

Istanza integrativa

DATI ANAGRAFICI

Cognome (per le donne indicare quello da nubile) e nome		
Codice fiscale	Data di nascita	
<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"/>	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"/> <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

Arca 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

[Handwritten signatures and initials]

REGIONI RICHIESTE

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

INDICAZIONE DEI TITOLI VALUTABILI POSSEDUTI

Punteggio provvisorio attribuito dal dipendente	Punteggio convalidato dalla Direzione Regionale (o dalla Direzione Centrale delle Risorse Umane e Organizzazione)
---	---

Condizioni di famiglia (massimo 35 punti)

- Dipendente con coniuge
 - Dipendente vedovo/a, separato/a, divorziato/a con figli a carico o unico genitore
 - Presenza di carichi di famiglia
- TOTALE PUNTI (A)

Anzianità di servizio (massimo 30 punti)

Servizio effettivamente prestato nella regione di appartenenza
 - a tempo pieno (dal al)
 - in part time (dal al)

TOTALE PUNTI (B)

[Handwritten signatures and initials]

2

Motivi di salute (massimo 35 punti)

Infermità del richiedente che comporti la necessità di accedere a strutture sanitarie assenti nella regione di servizio e presenti nella regione richiesta

Infermità del richiedente, determinata da causa di servizio riconosciuta con provvedimento dell'Amministrazione, che comporti la necessità di accedere a strutture sanitarie assenti nella regione di servizio e presenti nella regione richiesta

Infermità di un congiunto a carico e convivente con il richiedente che comporti la necessità di accedere a strutture sanitarie assenti nella regione di servizio e presenti nella regione richiesta

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

Cura e assistenza dei figli minorati fisici, psichici o sensoriali, ovvero del coniuge o del genitore totalmente e permanentemente inabili al lavoro che possono essere assistiti soltanto nella regione richiesta.

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)

--	--

Handwritten signatures and marks:
 ds
 3
 Melli SR
 Ce
 C.M. Du

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)

(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 REGIONALE
(o il suo delegato)

Handwritten signatures and initials:
M...
C...
S...
P...
R...
E...
4