

**ALLEGATO (C)**

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO**  
**Per i dipendenti degli uffici centrali**

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"/>
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 provvisorio attribuito dal dipendente	Punteggio convalidato dalla Direzione Regionale (o dalla Direzione Centrale del Personale)
---	--

Condizioni di famiglia (massimo 35 punti)

<input type="checkbox"/>	Dipendente con coniuge
<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 30 punti)

Servizio effettivamente prestato nella regione di appartenenza

- a tempo pieno (dal ..... al .....)

- in part time (dal ..... al .....)

--	--

TOTALE PUNTI (B)


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)

--	--

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 CENTRALE DEL PERSONALE  
(o il suo delegato)