

ALLEGATO (C)

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"/>	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 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">F</td></tr></table>	M	F
M	F			
Comune di residenza	Provincia	CAP		
Via o Piazza (residenza)				

DATI DI SERVIZIO

Area e posizione economica di appartenenza <table style="display: inline-table; margin-left: 20px;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;">III</td><td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;">II</td><td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;">I</td></tr></table>	III	II	I
III	II	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 40 punti)

<input type="checkbox"/>	Ricongiungimento al coniuge (ad esclusione dei casi di divorzio, separazione giudiziale o consensuale) che risieda o svolga attività lavorativa in altra regione, o ricongiungimento volto al ripristino della situazione di convivenza di fatto (debitamente documentata) o, in alternativa, ricongiungimento al figlio minore che risieda in altra regione		
<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		
TOTALE PUNTI (A)			

Anzianità di servizio (massimo 30 punti)

Per ogni anno di servizio effettivamente prestato nella regione di appartenenza: 2,0 punti

TOTALE PUNTI (B)

Motivi di salute (massimo 35 punti)

<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 del richiedente uguale o superiore al 33% e minore o uguale al 50%		
<input type="checkbox"/>	Riconoscimento dello stato di invalidità del richiedente superiore al 16% e inferiore al 33%		
<input type="checkbox"/>	Cura e assistenza al coniuge o al 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 al 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 o al figlio con riconoscimento dello stato di handicap ai sensi del comma 1 dell'art.3 della Legge 104/ 92 (in caso di mancato riconoscimento del comma 3) o riconoscimento dello stato di invalidità civile superiore al 74%		

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 REGIONALE
(o il suo delegato)