

Personale amministrativo: domanda di trasferimento da uno ad altro comune

La dipendente/ Il dipendente: _____
cognome nome

nato/nata il _____ in _____ matr. _____
data di nascita luogo di nascita

residente a: _____
CAP come di residenza

Indirizzo: _____
frazione, via/piazza, n. civico

codice fiscale _____

appartenente al profilo professionale _____
incaricato/incaricata a tempo indeterminato o a tempo determinato (con idoneità conseguita in una procedura concorsuale e almeno 3 anni di servizio provinciale), attualmente in servizio presso ripartizione/ufficio/sede _____ nel Comune di _____
in possesso del seguente titolo di studio/professionale _____

richiede

ai sensi dell'art. 21 della L.P. n. 54/88 e del relativo regolamento di esecuzione, il trasferimento ad una sede dell'Amministrazione provinciale nei seguenti comuni (indicare nell'ordine di preferenza):

1. _____
2. _____
3. _____

- La domanda va compilata in tutte le sue parti, firmata davanti e dietro, e consegnata entro le ore **12.00 del 30 settembre**, di ogni anno. Inoltre entro questo termine la sottoscritta/il sottoscritto dichiara di comunicare eventuali variazioni della situazione personale.
- La trasmissione della domanda tramite posta oppure mail è possibile solo con l'invio della fotocopia di un documento di riconoscimento.

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara sotto la sua personale responsabilità che è a conoscenza delle conseguenze previste dalla normativa vigente (L.P. 17/1993 e D.P.R. 445/2000), in caso di affermazioni non veritiere o incomplete.

_____._____._____._____._____._____._____

data

firma dipendente

visto: il superiore
(non obbligatorio)

Criteri di valutazione

La/Il dipendente dichiara i seguenti punti:

A. per l'assistenza di ogni persona convivente, dichiarata non autosufficiente ai sensi della vigente normativa provinciale (in aggiunta ai punti di cui alle lettere B, C e D)	6 punti per ogni persona non autosufficienti
--	---

grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____
grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____

B. per ciascun figlio convivente con meno di 4 anni	4 punti per figlio
--	---------------------------

grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____
grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____

C. per ciascun figlio convivente da 4 a 14 anni	3 punti per figlio
--	---------------------------

grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____
grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____

D. per ciascun figlio convivente da 14 a 18 anni	2 punti per figlio
---	---------------------------

grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____
grado di parentela	cognome	nome
☐ M ☐ F	_____	_____
stato civile	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	_____

E. per ciascun anno di servizio effettivo prestato	1 punto per anno
➤ in servizio dal: _____	

Alla dipendente/al dipendente con un'invaliderà fisica non inferiore al 67% viene riconosciuto il diritto di precedenza nel trasferimento (ai fini della legge del 5 febbraio 1992, n. 104, art. 21). Deve essere allegato il certificato della Commissione sanitaria.	☐ sì
--	-----------------------------

La dipendente / Il dipendente, che assiste una persona con handicap in situazione di gravità (coniuge, parente o affine entro il secondo grado) ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere (L. 104/1992 art. 3 comma 3 e art. 33 comma 5). Deve essere allegato il certificato della Commissione sanitaria.	☐ sì
---	-----------------------------

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara sotto la Sua personale responsabilità che è a conoscenza delle conseguenze previste dalla normativa vigente (L.P. 17/1993 e D.P.R. 445/2000), in caso di affermazioni non veritiere o incomplete.

_____._____._____._____._____._____. data	_____ firma dipendente
--	---------------------------