

AL MINISTERO DELL'INTERNO
 DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE
 DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE E PER LE RISORSE
 STRUMENTALI E FINANZIARIE
 DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE UMANE
 AREA IV (*persciv.areafunzterza@pec.interno.it*)
 AREA V (*persciv.areafunzprimaeseconda@pec.interno.it*)
 Piazza del Viminale, 1 – 00184 ROMA

__l__ sottoscritt __ _____
 (cognome e nome)

nat__ a _____
 (comune) (provincia)

il _____, in servizio presso _____

con il profilo professionale di _____

CHIEDE

di essere trasferit_ ad una delle sedi che qui di seguito indica in ordine di preferenza:

1) _____

2) _____

Ai fini della collocazione della graduatoria degli aspiranti alle predette sedi, dichiara sotto la propria personale responsabilità, di trovarsi nelle seguenti condizioni familiari e personali:

QUADRO A) – CONDIZIONI DI FAMIGLIA ⁽¹⁾

A1 - Stato civile

Coniugato

Celibe/Nubile

Divorziato

Separato

Vedovo

(x)

A2 – Numero figli a carico _____

a) di età superiore ai 6 anni _____
 (dal giorno del compimento del 6° anno)
 Date di nascita:

(giorno)	(mese)	(anno)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Spazio
 riservato alla
 Amministrazione

b) di età inferiore ai 6 anni _____
(fino al giorno antecedente il compimento del 6° anno)
Date di nascita:

(giorno)	(mese)	(anno)	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Spazio
riservato alla
Amministrazione

A3 – Affidatario di figli _____ (*)

A4 – Ricongiungimento al coniuge - lavoratore non trasferibile in servizio, da almeno un anno, presso:⁽²⁾

_____	_____
(comune)	(provincia)
dal _____	

A5 – Ricongiungimento ai figli minori affidati all'altro coniuge (nei casi in cui il dichiarante sia divorziato o separato con atto omologato dal Tribunale)

Cognome e Nome	Residenza	Dal
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A6– Ricongiungimento: altri casi (può essere attribuito un solo punteggio pur in presenza di più casi compresi nella medesima ipotesi)⁽³⁾

a) Coniuge, non divorziato né separato, o figli – in caso di gravi infermità invalidanti che abbiano carattere continuativo o permanente e che richiedano assistenza

_____	_____
(cognome e nome)	(rapporto di parentela)
_____	_____

b) Genitori o fratelli (in questi due casi se non ci sono fratelli conviventi) che si trovano nelle condizioni cliniche di cui al punto a)

_____	_____
(cognome e nome)	(rapporto di parentela)
_____	_____

c) Genitori del coniuge che si trovano nelle condizioni cliniche di cui al punto a)

_____	_____
_____	_____

QUADRO B) - CAUSE DI DISAGIO NELLA SEDE DI SERVIZIO

Spazio
riservato alla
Amministrazione

B1) Distanza dalla sede cui aspira:

(per il calcolo si deve fare riferimento esclusivamente a quello indicato sull'orario ufficiale di TRENITALIA e dei servizi in concessione sostitutivi)

1^a sede km. _____

2^a sede km. _____

B2) Distanza dalla prima sede cui aspira per sede distante più di 600 km.

QUADRO C) - ANZIANITA' (con esclusione dei periodi di assenza che interrompono il rapporto di impiego e dei periodi prestati in posizione di comando o fuori ruolo presso altra sede)

C1) Anzianità di servizio per ogni servizio di ruolo prestato nell'Amministrazione Civile dell'Interno.

In servizio dal:

_____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

periodi di assenza che hanno interrotto il rapporto di impiego:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

C2) Anzianità di sede

a) nei casi di trasferimento di ufficio, che comporti il cambio di città non dovuto a motivi di incompatibilità ambientale.

Trasferito dal:

_____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

b) nei soli casi di prima ininterrotta attuale sede di assegnazione

Barrare solo se
prima sede

(x)

In servizio nella prima sede dal:

_____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

c) per la permanenza di almeno 10 anni nella attuale sede di servizio

In servizio nella prima sede dal:

_____ (giorno) _____ (mese) _____ (anno)

Spazio riservato alla Amministrazione

C3) Valutazione della data di presentazione della domanda o di richiesta sede:

1ª sede _____

2ª sede _____

QUADRO D) – MOTIVI DI SALUTE DEL DIPENDENTE ⁽⁴⁾

Stati patologici sottesi o connessi ad una situazione di invalidità riconosciuta pari o superiore al 50%.

_____ (*) _____

Data, _____

Firma _____

SITUAZIONI PARTICOLARI DI CUI IL DIPENDENTE RITIENE DI METTERE A CONOSCENZA L'AMMINISTRAZIONE:

Spazio riservato all'Amministrazione

Data, _____

Timbro dell'Ufficio e visto del Funzionario addetto

Documenti allegati all'istanza relativa ai sotto-notati elementi:

A) CONDIZIONI DI FAMIGLIA:

D) MOTIVI DI SALUTE:

* * *

ISTRUZIONI DI COMPILAZIONE

- (1) In relazione ai punti di cui al quadro A) il dipendente è tenuto a produrre autocertificazione;
 - (2) In relazione al punto A4) il dipendente deve produrre una dichiarazione con quale il datore di lavoro del coniuge attesti la sussistenza del rapporto di lavoro da almeno un anno e la non trasferibilità del coniuge stesso;
 - (3) In relazione ai punti A6)-a, A6)-b, A6)-c il dipendente dovrà produrre esclusivamente certificazione sanitaria rilasciata da un medico militare o dalla Azienda Sanitaria Locale della sede di residenza, Settore di Medicina Legale e di data non anteriore a tre mesi, a pena di inammissibilità della certificazione medesima;
 - (4) In relazione al punto D) il dipendente dovrà produrre originale o copia conforme del certificato di invalidità.
- La condizione di divorziato o separato e affidatario di figli deve essere documentata mediante copia conforme dell'atto omologato dal Tribunale.
 - L'Amministrazione si riserva di accertare quanto dichiarato dal dipendente.

NOTE:

(x) barrare la casella che interessa

(*) indicare SI o NO