

Alla
 PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
 Servizio reclutamento, gestione del personale della scuola e relazioni sindacali
 Ufficio rapporto di lavoro e mobilità del personale scolastico
 Via Gilli, 3 - 38121 TRENTO

DOMANDA DI TRASFERIMENTO VOLONTARIO INSEGNANTI SCUOLA INFANZIA

E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/La sottoscritt (cognome e nome) _____

nat a _____ il _____ matricola _____ insegnante a tempo indeterminato:

con titolarità di posto nella scuola provinciale dell'infanzia di (denominazione e comune sede della scuola)

(eventualmente) in assegnazione provvisoria nella scuola provinciale dell'infanzia di (denominazione e comune sede della scuola)

dichiara di essere assunto con un contratto a tempo pieno

dichiara di essere assunto con un contratto a tempo parziale a _____ ore

chiede

di essere trasferito/a, a decorrere dall'inizio dell'anno scolastico 2016/2017, in una delle scuole (fino a massimo di 20 scuole) indicate, in ordine di preferenza, nel prospetto che segue.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

dichiara

(barrare e compilare la parte che interessa)

di essere nato a _____ (prov. _____), il _____;

di essere residente nel Comune di _____ in via _____, n. _____;

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____;

con domicilio (compilare solo se diverso da residenza):

Comune _____ Prov. _____ via o piazza _____ nr. _____

Tel. _____ diverso cell. _____

di essere coniugat _____,

che il coniuge risiede anagraficamente nel Comune di _____ dal _____ (almeno dal 03/03/16);

che il convivente risiede anagraficamente nel Comune di _____ dal _____ (almeno dal 03/03/16);

di essere _____ (indicare se celibe/nubile/separato/divorziato), di avere genitori ovvero figli a carico residenti anagraficamente nel Comune di _____ dal _____ (almeno dal 03/03/16);

di avere i seguenti figli di età inferiore a 18 anni (nati dopo il 31/12/98):

_____ nat il _____
 _____ nat il _____
 _____ nat il _____
 _____ nat il _____

di dovere assistere figli minorati psichici o sensoriali, coniuge o genitore totalmente o permanentemente inabili al lavoro ed a carico, assistibili solo nel Comune di _____;

di avere conseguito l'idoneità in concorsi pubblici o riservati per esami per l'accesso al ruolo di appartenenza come di seguito indicati: (specificare anno di conseguimento)

concorsi pubblici: _____;
 concorsi riservati: _____;

di essere in possesso dei sotto indicati titoli che danno diritto a precedenza:

 _____;
 _____;

di essere in possesso del seguente diploma di laurea breve

_____ conseguito in data _____
 presso l'Università _____ sita in _____

di essere in possesso del seguente diploma di laurea specialistica o vecchio ordinamento:

_____ conseguito in data _____
 presso l'Università _____ sita in _____

di essere in possesso della certificazione linguistica di livello almeno B 1 del C.E.F.R.

di aver prestato il seguente servizio in qualità di insegnante di scuola dell'infanzia equiparata **(NB!Il servizio prestato nelle scuole provinciali viene accertato d'ufficio. Per il servizio presso scuole equiparate, compilare la sotto-riportata tabella):**

PERIODO	struttura presso la quale il servizio è stato svolto	TEMPO DET.	TEMPO INDET.
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___
dal _____ al _____	_____	___ <input type="checkbox"/> ___	___ <input type="checkbox"/> ___

ELENCO SEDI DI SCUOLA PER LE QUALI, IN ORDINE DI PREFERENZA, SI CHIEDE IL TRASFERIMENTO:

NOTE: SCRIVERE IN STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO:

(1) PRECEDENZA HANDICAP = Se richiesto con diritto di precedenza come insegnante supplementare in possesso dell'attestato di specializzazione.

(2) PRECEDENZA PERDENTE POSTO = Se richiesto con diritto di precedenza come perdente posto nell'ultimo triennio *per la scuola di titolarità al momento del trasferimento d'ufficio*.

SCELTA DELLE SCUOLE IN ORDINE DI PREFERENZA (fino a massimo 20 scuole)

NR. Scelta scuola	COMUNE	SCUOLA	NR. scelta scuola	COMUNE	SCUOLA
1.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	14.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
2.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	15.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
3.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	16.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
4.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	17.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
5.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	18.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
6.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	19.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
7.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)	20.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)
8.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			
9.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			
10.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			
11.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			
12.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			
13.		<input type="checkbox"/> Precedenza Handicap (1) <input type="checkbox"/> Precedenza Perdente Posto (2)			

Luogo e data _____ Firma _____

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta in presenza del dipendente addetto _____;

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.