

MODELLO 1

**PERSONALE ASSISTENTE EDUCATORE – DOMANDA DI TRASFERIMENTO
anno scolastico 2016/2017**

ALLA DIRIGENTE DEL
SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO, LA GESTIONE DEL
PERSONALE DELLA SCUOLA E RELAZIONI SINDACALI
**UFFICIO RAPPORTO DI LAVORO E MOBILITÀ DEL
PERSONALE SCOLASTICO**
VIA GILLI 3
38121 TRENTO

Sezione A

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN: _____

TELEFONO _____ CELL _____

Sezione B

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL _____ / _____ / _____

CON PRESTAZIONE DI LAVORO A 36 ORE RIDOTTO A _____ ORE

TITOLARE PRESSO _____

A DECORRERE DALL'ANNO SCOLASTICO: _____

ATTUALMENTE IN SERVIZIO PRESSO

presso la scuola di titolarità _____

in utilizzo presso _____

in assegnazione provvisoria presso _____

OTTENUTO PER L'ANNO SCOLASTICO **2016/2017**: PART-TIME A _____ ORE O RIENTRO A TEMPO PIENO

**CHIEDE
DI ESSERE TRASFERITO PRESSO**

Sezione C**C1 – PREFERENZE** (indicare fino ad un massimo di 15 istituti in ordine decrescente di preferenza)

N.	Indicare l'Istituzione scolastica
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

A supporto della richiesta, il dipendente, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei 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 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere stato trasferito d'ufficio, o a domanda condizionata, nell'anno scol. _____, o
 di essere titolare presso una scuola oggetto di dimensionamento: _____

Sezione D – TITOLI**D1 – TITOLI DI PRECEDENZA (contrassegnare con una "X" il riquadro di proprio interesse)**

<input type="checkbox"/>	precedenza assoluta per trasferimento presso istituzioni scolastiche site nelle località ladine per il personale che dichiara la conoscenza della lingua ladina
<input type="checkbox"/>	personale beneficiario della Legge 104/92 - art. 21 , riconosciuto con provvedimento di data _____, emesso da _____, e depositato presso _____
<input type="checkbox"/>	personale con gravi patologie , per le quali necessita di cure a carattere continuativo effettuabili unicamente presso centro specializzato avente sede nel comune dell'istituzione scolastica richiesta come prima preferenza sul presente modulo di domanda
<input type="checkbox"/>	personale beneficiario della legge 104/92 - art 33 – commi 5, 6 o 7 , riconosciuto con provvedimento di data _____, emesso da _____, e depositato presso _____
<input type="checkbox"/>	personale soprannumerario trasferito d'ufficio o a domanda condizionata nell'ultimo triennio per soppressione di posto o sottodimensionamento dell'istituzione scolastica di titolarità

D3 – CONTINUITÀ DI SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO presso l'istituzione scolastica di attuale titolarità

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere prestato servizio **a tempo indeterminato ininterrottamente nell'istituzione scolastica di attuale titolarità**, nel profilo di appartenenza, dal ____/____/____ fino alla data di inizio dell'anno scolastico in corso, per un totale¹ di

ANNI: _____

PERIODI DI ASSENZA (Indicare in ordine cronologico le assenze non utili ai fini giuridici ed economici, che interrompono la continuità.)

Anno scol.	Periodo dal ____ al ____	Indicare la durata dell'assenza			CAUSALE DI ASSENZA <i>(indicare il codice nella casella a fianco)</i> A: periodi di assenza non utili ai fini giuridici ed economici pari o superiore a mesi 6 in ciascun anno scolastico che interrompono la continuità B: periodi di assegnazione provvisoria che interrompono la continuità C: periodi di assenza non utili ai fini giuridici ed economici pari o superiori a mesi 6 in ciascun anno scolastico che non interrompono la continuità di servizio ma che vanno detratti dal numero complessivo di anni di continuità maturati ²	Codice causale assenza: (A/B/C)
		A	M	GG		
TOTALE ASSENZE		====	====	====		

Dichiara pertanto di avere **un'anzianità di servizio a tempo indeterminato complessiva**, detratti gli eventuali periodi di assenza di cui alla precedente tabella, di

ANNI: _____

(riservato all'Ufficio)

PUNTI: _____

- 1 Sono valutati solo gli anni scolastici interi. Devono essere considerati come anni interi i periodi corrispondenti agli anni scolastici la cui durata risulti inferiore ai 12 mesi per effetto di variazione della data di inizio disposta con atto normativo (di legge o amministrativo).
- 2 Le assenze che devono essere detratte sono: le aspettative fruito dal personale per assistere i familiari di 1° o 2° grado o conviventi, vittime di malattie gravi o di stati fisici di grave debilitazione, ove venga certificato il bisogno di assistenza continua, nonché i periodi di assenza effettuati dal personale a causa di gravi patologie.

E – ESIGENZE DI FAMIGLIA (I PUNTEGGI SONO COMPUTATI SOLO NEL CASO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AL DI FUORI DEL COMUNE DI TITOLARITÀ)

IL DIPENDENTE DICHIARA DI:

- a) chiedere il ricongiungimento/riavvicinamento al coniuge ovvero, nel caso di personale senza coniuge o separato giudizialmente o consensualmente con atto omologato dal tribunale, il ricongiungimento o riavvicinamento ai genitori o ai figli:

_____ (indicare nome, cognome e rapporto di parentela)

residente/i nel comune di _____ dal _____

ovvero

trasferito per servizio nel comune di _____ dal _____

(riservato all'Ufficio)

P. _____

- b) di avere figli di età inferiore ai sei anni (indicare il numero)

N. _____

P. _____

- c) di avere figli di età compresa tra 6 e 18 anni d'età, ovvero figli maggiorenni che risultano totalmente o permanentemente inabili ad ogni proficuo lavoro (indicare il numero)

N. _____

P. _____

- d) di assistere figli minorati fisici, psichici o sensoriali, o con tossico-dipendenze, o il coniuge o un genitore inabile al lavoro, che possono effettuare cure o programmi terapeutici nel Comune di _____

N. _____

P. _____

(nel caso di cure effettuate presso un istituto indicare il comune sede dello stesso)

(riservato all'Ufficio)

TOTALE

P. _____

F – TITOLI DI CULTURA

- a) **inclusione nella graduatoria di merito in pubblici concorsi per esami per l'accesso al ruolo di appartenenza**

(si valuta un solo titolo e in alternativa al punto b)

P. _____

- b) **inclusione nella graduatoria di merito in concorsi riservati per esami per l'accesso al ruolo di appartenenza**

(si valuta un solo titolo e in alternativa al punto a)

P. _____

- c) **diploma di laurea vecchio ordinamento o specialista**

(si valuta un solo titolo e purché diverso dal titolo di accesso)

P. _____

- d) **diploma di laurea triennale**

(si valuta un solo titolo e purché diverso dal titolo di accesso)

P. _____

(riservato all'Ufficio)

TOTALE

P. _____

Dichiara inoltre che l'elenco dei seguenti titoli:

prosegue su altro foglio, debitamente datato e sottoscritto ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:

Al fine dell'attribuzione di eventuali precedenza o punteggi,

ALLEGA

la seguente documentazione (solo certificazioni medico/sanitarie):

Qualora la suddetta documentazione sia già in possesso dell'amministrazione, non dovrà essere allegata, purché ancora in corso di validità, ma dovrà essere indicata la struttura presso la quale è stata depositata.

Luogo e data

Firma dell'interessato/a

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità dell'interessato/a
- sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'istituto incaricato al ricevimento della domanda:

(indicare il nome del dipendente in stampatello e la firma)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/FORMATIVO

VISTO: la domanda è completa degli allegati dichiarati

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

- i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza è presentata;
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, ma in caso di mancato conferimento non potrà essere dato corso a tale istanza;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il titolare del trattamento è la Provincia autonoma di Trento, con sede in Piazza Dante 15 – 38122 Trento;
- responsabile del trattamento è la dirigente del Servizio per il reclutamento, la gestione del personale della scuola e relazioni sindacali, che provvede alla nomina degli incaricati all'interno della struttura di sua competenza;
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003 citato, e cioè ottenere la conferma dell'esistenza dei dati, conoscere il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e chiederne la rettifica, la cancellazione o l'aggiornamento.