

PERSONALE ASSISTENTE EDUCATORE – DOMANDA DI TRASFERIMENTO
anno scolastico 2026/2027

ALLA DIRIGENTE DEL
 SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO E GESTIONE DEL
 PERSONALE DELLA SCUOLA
UFFICIO MOBILITÀ CONCORSI ASSUNZIONI DEL
PERSONALE NON DOCENTE
 VIA GILLI 3
 38121 TRENTO

SEZIONE A

_ L_ SOTTOSCRITT_

COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA N. _____

SEZIONE BDIPENDENTE CON PRESTAZIONE DI LAVORO A ☐ TEMPO PIENO ☐ PART-TIME A _____ ORE

TITOLARE PRESSO _____

A DECORRERE DALL'ANNO SCOLASTICO: _____

ATTUALMENTE IN SERVIZIO:

☐ In utilizzo presso _____☐ In assegnazione provvisoria presso _____

CHIEDE
DI ESSERE TRASFERITO/A PRESSO

SEZIONE C – PREFERENZE

(indicare fino ad un massimo di 15 istituti scolastici e/o comuni in ordine di preferenza)

N	ISTITUZIONE SCOLASTICA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, 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 eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

☐ di essere stato trasferito d'ufficio, o a domanda condizionata, nell'anno scolastico _____;

SEZIONE D – TITOLI

TITOLI DI PRECEDENZA:

- ☐ precedenza assoluta per trasferimento presso istituzioni scolastiche site nelle località ladine per il personale che dichiara la conoscenza della **lingua ladina**;
- ☐ personale beneficiario della **legge 104/92 - art. 21**, riconosciuto con provvedimento di data _____, emesso da _____ e depositato presso _____;
- ☐ personale beneficiario della **legge 104/92 - art 33 – comma 6 (per se stessi) o commi 5 o 7 (per i familiari)**, riconosciuto con provvedimento di data _____ emesso da _____, e depositato presso _____;
- ☐ personale con **gravi patologie**, che necessita di cure a carattere continuativo effettuabili unicamente da centro specializzato avente sede nel comune dell'istituzione scolastica richiesta come 1^a preferenza sul presente modulo;
- ☐ **personale soprannumerario** trasferito d'ufficio o a domanda condizionata nell'ultimo triennio per soppressione di posto o sottodimensionamento dell'istituzione scolastica di titolarità.

I – ANZIANITA' DI SERVIZIO

Tutti i servizi, a tempo indeterminato e determinato, prestati presso la Provincia autonoma di Trento (istituzioni scolastiche/formative e altre strutture della PAT):

- ☐ **PRIMA** del 1 Gennaio 1998 **SONO** da dichiarare.
- ☐ **DOPO** il 1 Gennaio 1998 **NON SONO** da dichiarare in quanto l'amministrazione ne è già a conoscenza.

A) Anzianità di servizio a tempo indeterminato:

Il punteggio per i servizi a tempo indeterminato viene attribuito per intero a condizione che il servizio prestato nell'anno scolastico sia pari almeno a 180 giorni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere assunto effettivo servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale di attuale appartenenza a decorrere dalla data del ____/____/____,

Dichiara pertanto di avere un'anzianità di servizio a tempo indeterminato complessiva, **detratti gli eventuali periodi di assenza¹**

¹Devono essere **detratti** dal totale dell'anzianità di servizio a tempo indeterminato:

- i periodi di assenza *non utili* ai fini giuridici ed economici e contributivi;

- i servizi *a tempo determinato* prestati in mansioni di altre figure professionali *ai sensi dell'art. 19* dell'Accordo di data 07.08.2007. Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione della Dirigente del Servizio per il reclutamento e gestione del personale della scuola n. 2720 di data 19/03/2026"

PER UN TOTALE DI **ANNI** _____

B) Anzianità di servizio a tempo determinato (servizio prestato come assistente educatore nelle scuole a carattere statale della Provincia di Trento o alle dipendenze dei Comprensori).

Totale servizi a **tempo determinato**:**ANNI:** _____ **MESI:** _____

C) 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** e nel profilo professionale di attuale appartenenza dal _____ fino alla data di inizio dell'anno scolastico in corso, per un totale² di

ANNI _____

Periodi di ASSENZA non utili ai fini giuridici ed economici
(che interrompono o detraggono gli anni di continuità):

- periodi di assenza **non utili** ai fini giuridici ed economici pari o superiori a sei mesi in ciascun anno scolastico che **interrompono** la continuità;
- periodi di **assegnazione provvisoria** che **interrompono** la continuità;
- 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 maturati³

ANNI: _____ **MESI:** _____

Dichiara pertanto di avere una continuità di servizio a tempo indeterminato complessiva, detratti gli eventuali periodi di assenza

ANNI _____

II) Esigenze di famiglia (tali punteggi vengono valutato **SOLO** nel caso di comanda in comuni **diversi** da quello dell'istituzione scolastica di titolarità).

Il dipendente dichiara di:

☐ **chiedere il ricongiungimento/riavvicinamento** al coniuge o al convivente di fatto 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 _____

☐ di avere figli di **età inferiore ai sei anni** N. _____ (indicare il numero)

☐ 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 N. _____ (indicare il numero)

☐ di assistere figli minorati fisici, psichici o sensoriali, o con tossicodipendenze, o il coniuge o un genitore inabile al lavoro, che possono effettuare cure o programmi terapeutici nel Comune di _____ (nel caso di cure effettuate presso un istituto indicare il comune sede dello stesso)

² 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).

³ Le assenze che devono essere detratte sono: le aspettative fruita 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.

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione della Dirigente del Servizio per il reclutamento e gestione del personale della scuola n. 2720 di data 19/03/2026"

III) TITOLI DI CULTURA

- ☐ inclusione nella graduatoria di merito in **concorsi pubblici** per esami per l'accesso al ruolo di appartenenza *(si valuta un solo titolo e in alternativa al punto successivo);*
- ☐ 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 precedente)*
- ☐ diploma di **laurea vecchio ordinamento o specialista** *(si valuta un solo titolo e purché diverso dal titolo di accesso);*
- ☐ diploma di **laurea triennale** *(si valuta un solo titolo e purché diverso dal titolo di accesso).*

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI PRECEDENZA:

-
-

ALLEGA: (ai fini dell'attribuzione di precedenza o punteggi, la seguente documentazione (solo certificazioni medico/sanitarie):

-
-

Qualora suddetta documentazione sia già in possesso dell'amministrazione, non dovrà essere allegata, ma sarà sufficiente fare riferimento alla struttura presso la quale è stata depositata.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy (ex art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016) allegata alla circolare informativa.

Luogo e data

Firma

*Si allega copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, nel caso in cui la dichiarazione è sottoscritta con firma **autografa** e inviata tramite servizio postale o posta elettronica diversa da quella istituzionale assegnata al dipendente.*

VISTO E PRESO ATTO
IL DIRIGENTE SCOLASTICO/FORMATIVO
