

PERSONALE ATA
DOMANDA di ASSEGNAZIONE PROVVISORIA – Anno scolastico 2026-2027

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

SEZIONE A

L SOTTOSCRITT_

COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA N° _____

RESIDENTE _____

SEZIONE B

INQUADRATO NEL PROFILO DI:

 R.A.S. **A.L.S.** **A.A.S.** **C.A.S.** **C.S.**
Area: _____DIPENDENTE CON PRESTAZIONE DI LAVORO A TEMPO PIENO PART-TIME

ATTUALMENTE IN SERVIZIO	
➤ PRESSO LA SCUOLA DI TITOLARITÀ	
➤ IN UTILIZZO PRESSO	
➤ IN ASSEGNAZIONE PROVVISORIA PRESSO	

CHIEDE PER L'ANNO SCOLASTICO 2026-2027

L'ASSEGNAZIONE PROVVISORIA

PRESSO:

Indicare fino a un massimo di 15 istituti scolastici e/o Comuni ¹ (in ordine di preferenza) (SOLO ISTITUZIONI SCOLASTICHE <u>IN COMUNI DIVERSI</u> DA QUELLO DI TITOLARITÀ)	
N.	INDICARE L'ISTITUZIONE SCOLASTICA E/O IL COMUNE
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 in possesso di uno dei seguenti requisiti:
(contrassegnare con una "X" i riquadri di proprio interesse)

- per tutto il personale, *indipendentemente dalla distanza chilometrica* fra comune di titolarità e di residenza:

beneficiari della Legge 104/92 residenti nel comune di _____ (sede dell'istituzione scolastica richiesta)

gravi patologie del richiedente (personale emodializzato, beneficiario dell'art. 21 o dell'art. 33-c. 6 della legge 104/92) per le quali necessita di particolari cure a carattere continuativo effettuabili unicamente da centro specializzato avente sede in uno dei comuni del territorio afferente all'istituzione scolastica richiesta, o nel comune viciniore secondo le tabelle di viciniorità della PAT; _____ (sede dell'istituzione scolastica richiesta)

¹ Vedi anche nota 1 dell'Allegato B – lettere A e D – del contratto decentrato.

- ricongiungimento ai figli di età inferiore ai 12 anni e in caso di famiglia monoparentale figli con età inferiore ai 18 anni;
- ricongiungimento al genitore convivente di età superiore ai 75 anni;
- avvicinamento alla propria residenza per personale di età superiore ai 60 anni.
- Per i dipendenti titolari presso una sede distante almeno **24 Km** dalla propria residenza anagrafica, comma 3 dell'art. 9 del CCDP sulla mobilità Ata:
- L sottoscritt_ dichiara di essere stato immesso in ruolo o trasferito nell'anno scolastico _____ presso l'istituzione scolastica _____ situata nel comune di _____ che dista Km. _____ dal comune della residenza abituale: _____.

SEZIONE C

TITOLI DI PRECEDENZA (contrassegnare con una "X" i riquadri interessati) :

<input type="checkbox"/>	precedenza assoluta per trasferimento presso Istituzioni scolastiche site nelle località ladine per il personale che documenta la conoscenza della lingua ladina ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 592/93
<input type="checkbox"/>	personale soprannumerario trasferito d'ufficio o a domanda condizionata nell'ultimo quinquennio precedente l'anno scolastico in cui si effettuano i trasferimenti, richiedente il rientro in una delle istituzioni scolastiche di precedente titolarità, o nel comune di precedente titolarità, o nel comune viciniore
<input type="checkbox"/>	personale dichiarato soprannumerario nell'anno scolastico in corso
<input type="checkbox"/>	personale emodializzato
<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 beneficiario della legge 104/92 - art 33 – comma 6 , riconosciuto con provvedimento di data _____, emesso da _____, e depositato presso _____
<input type="checkbox"/>	personale beneficiario della legge 104/92 - art 33 – commi 5 e 7 , riconosciuto con provvedimento di data _____, emesso da _____, e depositato presso _____
<input type="checkbox"/>	personale con gravi patologie , che necessita di cure a carattere continuativo effettuabili unicamente presso centro specializzato avente sede in uno dei comuni del territorio afferente all'istituzione scolastica richiesta, o nel comune viciniore
<input type="checkbox"/>	coniuge convivente di personale militare o altra categoria prevista dall'art. 17 della Legge 28.07.1999, n. 266

SEZIONE D

Di avere pertanto diritto all'attribuzione del **PUNTEGGIO** per i titoli sotto indicati: (contrassegnare con una "X" i riquadri di proprio interesse)

<input type="checkbox"/>	per riavvicinamento alla famiglia con figli di età pari o inferiore a 3 anni, o con figli e/o genitori e/o coniuge beneficiari della Legge 104/92, con riferimento al comune di _____
<input type="checkbox"/>	per ogni figlio che non abbia compiuto i sei anni di età (indicare numero figli) N. Figli _____
<input type="checkbox"/>	per ogni figlio di età superiore ai sei anni ma che non abbia superato il diciottesimo anno di età, (indicare numero figli) N. Figli _____
<input type="checkbox"/>	per la cura e l'assistenza dei figli minorati fisici, psichici o sensoriali, ovvero del coniuge totalmente o permanentemente inabili al lavoro, che possono essere assistiti soltanto nel comune di _____, ovvero in uno dei comuni del territorio afferente l'istituzione scolastica richiesta, o nel comune vicinore secondo le tabelle di vicinorità della PAT; nonché per l'assistenza dei figli tossicodipendenti sottoposti ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo da attuare presso la residenza abituale con l'assistenza del medico di fiducia (art. 122 – comma III – D.P.R. 309/90) o presso le strutture pubbliche e private di cui agli artt. 114 – 118 -122 DPR 309/90, qualora il programma comporti di necessità il domicilio nella sede della struttura medesima. _____ (nel caso di cure effettuate presso un istituto indicare il comune sede dello stesso)

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ASSEGNAZIONE PROVVISORIA INTERROMPE LA CONTINUITA' DEL SERVIZIO PRESTATO NELLA SCUOLA/SEDE DI TITOLARITA'

A supporto della richiesta allega la seguente documentazione (solo certificazioni medico/sanitarie):

1. _____
2. _____
3. _____

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

DATA e LUOGO

FIRMA DELL'INTERESSATO/A

 Si allega copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, nel caso in cui la domanda 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