

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE PROVVISORIA DA ALTRA PROVINCIA  
DOCENTI ISTRUZIONE SECONDARIA DI I e II GRADO  
Anno sc. 2015/16**

Al Servizio per il reclutamento, la gestione del personale della  
Scuola e relazioni sindacali  
Ufficio rapporto di lavoro e mobilità del personale scolastico  
**TRENTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico: \_\_\_\_\_ titolare in provincia di \_\_\_\_\_  
nell'Istituto \_\_\_\_\_, classe di concorso di titolarità \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_, classe di concorso di servizio \_\_\_\_\_,  
Tipo orario:  18 ore  Part-Time ore \_\_\_\_\_;

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE PROVVISORIA  
IN PROVINCIA DI TRENTO**

per la classe di concorso di titolarità

per posti di sostegno per i quali è in possesso del titolo di specializzazione

per le classi di concorso \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ per le quali è in possesso di specifica abilitazione  
(l'assegnazione provvisoria sul sostegno precede quella su altre classi di concorso – è obbligatorio indicare  
l'intero comune di ricongiungimento in presenza di richieste per altre classi di concorso)

per i seguenti motivi **attestati da allegata documentazione** (barrare le voci di proprio interesse):

- ricongiungimento al coniuge (solo nel caso in cui la sede di titolarità disti dal comune di  
ricongiungimento più di 20 chilometri (§))
- ricongiungimento al convivente (la convivenza risulta da certificazione anagrafica alla data di  
scadenza di presentazione della domanda, come da sottostante dichiarazione) (solo nel caso in cui  
la sede di titolarità disti dal comune di ricongiungimento più di 20 chilometri (§))
- ricongiungimento alla famiglia per esigenze di assistenza ai figli minori di 18 anni (l'età è riferita al  
31.12.2015) o a figli maggiorenni beneficiari della Legge 104/92 (allegare certificazione)
- ricongiungimento ai genitori beneficiari della Legge 104/92 (allegare certificazione)
- gravi esigenze personali di salute per le quali necessita di particolari cure a carattere continuativo  
effettuabili unicamente da centro specializzato avente sede nel comune di  
\_\_\_\_\_, (allegare certificato dell'Ente pubblico ospedaliero o dell'A.S.L)

(§) la distanza è rilevata su [www.aci.it](http://www.aci.it), modalità "distanza più breve"

Per l'attribuzione del punteggio,

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 dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerge la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

1) di essere di **stato civile** \_\_\_\_\_ (\*);

(\*) è possibile dichiarare lo stato di **separato** in presenza di atto omologato dal Tribunale (specificarne tutti gli estremi)

2) che la persona a cui chiede di **ricongiungersi** è \_\_\_\_\_ (#);  
(cognome, nome, data di nascita)  
con la quale ha il seguente rapporto di parentela: \_\_\_\_\_ (\*);  
(\* se 'CONVIVENTE': il sottoscritto dichiara che la convivenza risulta da certificazione anagrafica dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

che la stessa è residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
**con decorrenza risultante all'anagrafe dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
(giorno, mese, anno)

La residenza del familiare deve essere anteriore di almeno 3 mesi alla data di scadenza della domanda, fatta salva la residenza posteriore, entro i termini di presentazione della domanda, per i coniugi o conviventi destinati a nuova sede in provincia di Trento per motivi di lavoro (da documentare)

3) di avere i seguenti **figli minori** (#):

_____	_____
(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)
_____	_____
_____	_____

4) che \_\_\_\_\_ (#) (genitore / figlio / coniuge) fruisce di  
(cognome, nome, data di nascita)

- ricovero permanente** (allega certificato dell'Istituto di cura) (\*)  
 **cure continuative** (allega certificato dell'Ente pubblico ospedaliero o dell'A.S.L. da cui risulta la necessità di **cure mediche continuative** e la **periodicità delle stesse**) (\*)

e può essere assistito soltanto nel comune di \_\_\_\_\_ richiesto per assegnazione provvisoria, in quanto nella sede di titolarità non esiste un Istituto di cura presso il quale il medesimo può essere assistito;

(\*) barrare la voce che interessa

**(#) ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERINO CODICE FISCALE**

\*\*\*\*\*

5) per l'assegnazione provvisoria in altra classe di concorso o per completamento di cattedra: (\*)

- indicare superamento periodo di prova **sì**  **no**

- abilitazione per classe di concorso \_\_\_\_\_ conseguita per concorso indetto con OM  DM  DDG  DGP \*  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ nella provincia di \_\_\_\_\_

- abilitazione per classe di concorso \_\_\_\_\_ conseguita per concorso indetto con OM  DM  DDG  DGP \*  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ nella provincia di \_\_\_\_\_

- abilitazione per classe/i di concorso \_\_\_\_\_ conseguita/e presso la Scuola di Specializzazione Insegnamento Scuola Secondaria (SISS)-Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

- titolo/i di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_

6) per l'assegnazione provvisoria su posti di sostegno I grado: (\*)

- possesso del titolo di specializzazione minorati psicofisici  minorati udito  minorati vista   
conseguito presso \_\_\_\_\_ nella provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

7) per l'assegnazione provvisoria su posti di sostegno II grado:

- possesso del titolo di specializzazione conseguito presso \_\_\_\_\_  
nella provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Dichiara, inoltre, di aver diritto alla/e seguente/i **precedenza/e**:

- Legge 104/92 – art. \_\_\_\_\_ (come da certificazione allegata)
- Cure sanitarie personali di carattere gravissimo e continuativo (come da certificazione allegata), praticabili SOLO nella sede richiesta
- Lavoratrice madre con figlio nato dal 1/1/2012 e precisamente il \_\_\_\_\_
- Legge 100/87 (coniuge militare trasferito d'autorità) (allegare attestazione trasferimento d'ufficio riportante la decorrenza dello stesso e la dichiarazione da parte del coniuge militare dell'effettiva convivenza)

**Allega la seguente documentazione** attestante la/e suddetta/e precedenza/e o le esigenze di salute:

---

---

- Dichiaro di non aver presentato domanda di assegnazione provvisoria in altra provincia

**PREFERENZE: in ordine di priorità (indicare come prime preferenze Istituti nel comune di ricongiungimento e, in subordine, in presenza di preferenze relative ad altri comuni, anche l'intero comune) (codice e dizione in chiaro)**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 9. _____  |
| 2. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 12. _____ |
| 5. _____ | 13. _____ |
| 6. _____ | 14. _____ |
| 7. _____ | 15. _____ |
| 8. _____ |           |

**Dichiaro di essere informato ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03 che:** 1) i dati da me forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ho presentato la documentazione; 2) il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; 3) il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di mio interesse; 4) titolare del trattamento è la Provincia autonoma di Trento; 5) responsabile del trattamento è il Dirigente di Struttura; 6) in ogni momento potrò esercitare i miei diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 196/03.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del docente)

**VISTO! IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_

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

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto Sig.....  
ovvero (indicare in stampatello il nome del dipendente)
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

Documenti allegati:

---

---

**NOTE:**

1 Allegare dichiarazione sostitutiva di assistenza e certificazione rilasciata ai sensi della L. 104/92

(\*) barrare le voci di proprio interesse