

**MODULO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO IN AMBITO REGIONALE  
EX ACCORDO DEL 29/04/2016**

Al Responsabile Regionale Risorse Umane  
SUD2 – Palermo – FAX 06 98682524

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ n° matricola \_\_\_\_\_

nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

Livello B  C  D  E  F  - Struttura di appartenenza MP  PCL  o altro specificare .....

Ufficio di appartenenza \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ mansione \_\_\_\_\_

Provincia richiesta:

(indicare la provincia)

**CONDIZIONI FAMILIARI AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE**

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue

1.	Famiglia monoparentale affidamento esclusivo (punti 10) (**)	
2.	Coniuge o, in assenza, 1° figlio (punti 7) (*)	
3.	Ciascun figlió fino a 8 anni (punti 6)	n.....
4.	Ciascun figlio da 9 fino a 18 anni (punti 5)	n.....
5.	Famiglia monoparentale affidamento congiunto (punti 5) (**)	
6.	Genitore fiscalmente a carico (punti 3)	n.....

(\*) Indicare se c (coniuge) o f (figlio);      (\*\*) indicare si/no

PARENTELA (*)	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA (da compilarsi solo per i figli)	FISCALMENTE A CARICO (SI/NO) (da compilarsi solo per i genitori)

(\*) g = genitore; f = figlio; c = coniuge

- Disponibilità al trasferimento c/o isole minori
- Coniuge appartenente alle forze armate o di polizia
- Art. 41 CCNL 14 Aprile – Il/La sottoscritto/a dichiara di essere affetto/a (o che nel proprio nucleo familiare vi siano figli conviventi, coniuge o convivente more uxorio affetti) da patologie di cui all'art. 41
- Il/La sottoscritto/a dichiara di essere affetto (o che nel proprio nucleo familiare vi siano figli conviventi, coniuge o convivente more uxorio affetti) da patologie per cui si rende necessaria l'effettuazione di terapie salvavita debitamente certificate.
- Il/La sottoscritto/a dichiara che il proprio figlio, fiscalmente a carico almeno 50% versa in condizione qualificata come "cronica ed invalidante" dal Ministero della Salute ai sensi del DM 28 maggio 1999 n° 329, come modificato dal DM 21 maggio 2001, n°296 e dal DM 18 maggio 2001, n° 279, certificata da struttura sanitaria pubblica, con riconoscimento dell'invalidità civile pari almeno al 85%.

Dichiaro inoltre, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente:

- Di avere un'anzianità di servizio non inferiore a 12 mesi
- Di avere una permanenza nella sede regionale Sicilia non inferiore a 6 mesi

Si autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni del D. lgs. 30/06/03 n°196 "Codice in materia di trattamento dei dati personali".

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(gg) (mm) (aaaa)  
(data della presentazione della domanda)