

INSEGNANTI FORMAZIONE PROFESSIONALE – DOMANDA DI TRASFERIMENTO
anno formativo 2024/2025

ALLA DIRIGENTE DEL
SERVIZIO PER IL RECLUTAMENTO E GESTIONE DEL
PERSONALE DELLA SCUOLA
**UFFICIO MOBILITÀ, CONCORSI E ASSUNZIONE DEL
PERSONALE NON DOCENTE**
VIA GILLI 3
38121 TRENTO
serv.perscuola@pec.provincia.tn.it

SEZIONE A

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME

NOME

MATRICOLA N°

NATO/A A

PROV.

IL

RESIDENTE

IN:

TEL:

INDIRIZZO

E-MAIL:

SEZIONE B

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL:

CON PRESTAZIONE DI LAVORO A

☐

TEMPO PIENO

☐

PART-TIME A

ORE

TITOLARE

PRESSO

PER

LA

DISCIPLINA:

UTILIZZATO

PRESSO:

☐ RISULTANTE PERDENTE POSTO SULLA BASE DELLA DOTAZIONE ORGANICA 2023/2024.

CHIEDE

DI ESSERE TRASFERITO/A PRESSO

SEZIONE C

C1 – PREFERENZA

Indicare l'Istituzione formativa:

- ☐ Istituto di formazione professionale “**S. Pertini - Trento**”
- ☐ Istituto di formazione professionale **Alberghiero - Rovereto**
- ☐ Istituto di formazione professionale **Alberghiero - Levico**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/00, 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 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 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

SEZIONE D - TITOLI

D1 – TITOLI DI PRECEDENZA

☐	Precedenza agli insegnanti di cui all' articolo 21 , comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (<i>legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate</i>)
☐	diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio per gli insegnanti di cui all' articolo 33, commi 5, 6 e 7 , della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (<i>legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate</i>)
☐	precedenza agli insegnanti che, per gravi motivi di salute, necessitano di particolari cure a carattere continuativo (ad es.: dialisi, cobalto-terapia, ecc.) per le sedi indicate nella domanda, a condizione che si tratti di sedi situate nel comune in cui si trovino i centri specializzati nella cura della patologia di cui si necessita, ovvero in comuni ad essi limitrofi
☐	precedenza agli insegnanti trasferiti nell' ultimo triennio , per soppressione di posto , che richiedono il rientro nell'istituto di precedente titolarità.

A) Anzianità di servizio a **TEMPO INDETERMINATO:**

Per la valutazione dell'anzianità di servizio non si considerano i periodi di assenza non utili ai fini giuridici ed economici secondo le disposizioni del contratto collettivo o di legge e/o regolamento.

(vanno dichiarate le assenze non utili ai fini giuridici effettuate durante il solo rapporto a tempo indeterminato. Indicare in ordine cronologico.)

A.F.	Periodo	Anni	Mesi	Giorni	CAUSALE DI ASSENZA <i>(indicare la tipologia di aspettativa o permesso)</i>
TOTALE ASSENZE					

ANNI	MESI
------	------

B) Anzianità di servizio a **TEMPO DETERMINATO**

Indicare in ordine cronologico.

Periodo		DURATA			PRESSO
DAL	AL	Anni	Mesi	Giorni	
TOTALE					

Totale servizi a **TEMPO DETERMINATO**:

ANNI

MESI

D3 – ESIGENZE DI FAMIGLIA

IL DIPENDENTE DICHIARA DI:

- ☐ 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

- ☐ 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 affetti da minorazioni fisiche, psichiche 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)

D4 – Titoli di cultura

(per ogni titolo dichiarato indicarne il nome, la data di conseguimento e dove lo stesso è stato conseguito)

	NR.
☐ Master di I e/o II livello attivati da università statali o libere, ovvero da istituti universitari statali o pareggiati purché attinenti alla materia di insegnamento: 	
☐ Diploma di specializzazione conseguito in corsi post laurea presso università statali o libere, ovvero da istituti universitari statali o pareggiati purché attinenti alla materia di insegnamento: 	
☐ Titolo di studio di grado superiore a quello previsto per l'accesso all'insegnamento (solo per insegnanti TPO) 	
☐ Partecipazione a corsi di qualificazione, aggiornamento e perfezionamento di durata pari o superiore a 100 ore, conclusi con certificazione finale e purché attinenti alla materia di insegnamento (solo per insegnanti TPO; si valuta fino a un massimo di tre titoli) 	

Ai fini dell'attribuzione di precedenza o punteggi, allega la seguente documentazione:

-
-
-

Qualora la 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

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

(indicare in stampatello il nome del dipendente)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/FORMATIVO

VISTO: la domanda è completa degli allegati
dichiarati