

PERSONALE ASSISTENTE EDUCATORE – DOMANDA DI TRASFERIMENTO
anno scolastico 2025/2026

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME

NOME

MATRICOLA N°

NATO/A A

PROV.

IL

RESIDENTE

IN:

CEL:

INDIRIZZO

E-MAIL:

SEZIONE B

DIPENDENTE DI RUOLO DAL:

CON PRESTAZIONE DI LAVORO A



TEMPO PIENO



PART-TIME A

ORE

TITOLARE

PRESSO

A DECORRERE DALL'ANNO SCOLASTICO:

ATTUALMENTE IN SERVIZIO:



Presso la scuola di titolarità



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. 445/00, 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

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

SEZIONE D - TITOLI

D1 – 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.

A) Anzianità di servizio a TEMPO INDETERMINATO:

Il sottoscritto dichiara di aver assunto **effettivo servizio a tempo indeterminato** nel profilo professionale di attuale appartenenza a decorrere dal , per un totale di anni.

(vanno dichiarate le assenze non utili ai fini giuridici ed economici effettuate durante il solo rapporto a tempo indeterminato nel profilo professionale di appartenenza).

Dichiara pertanto di avere un'**anzianità di servizio a tempo indeterminato complessiva**, detratti gli eventuali periodi di assenza di cui alla precedente tabella, di

(riservato all'ufficio) PUNTI

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*).

DAL	AL	Anni	Mesi	Giorni	PRESSO <i>(indicare l'ente o istituzione scolastica)</i>
TOTALE ASSENZE					

Totale servizi a **tempo determinato**:

ANNI:

MESI:

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

C) CONTINUITA' 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 totale¹ di

ANNI

Periodi di ASSENZA non utili ai fini giuridici ed economici:

(che interrompono o detraggono gli anni di continuità).

A.S.	Periodo	Anni	Mesi	Giorni	CAUSALE DI ASSENZA (indicare la tipologia di aspettativa o permesso)	CODICE ASSENZA

CODICI DI ASSENZA:

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

B: periodi di **assegnazione provvisoria** che **interrompono** la continuità;

C: 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 maturati².

Dichiara pertanto di avere una **continuità di servizio a tempo indeterminato complessiva**, detratti gli eventuali periodi di assenza di cui alla precedente tabella, di

ANNI

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

¹ 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).

² 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.

D) 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

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

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

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

- ☐ 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)

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

- ☐ 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 Comuneⁱ di

(nel caso di cure effettuate presso un istituto indicare il comune sede dello stesso)

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

(riservato all'ufficio) TOTALE _____

D) 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).

(riservato all'ufficio) PUNTI _____

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

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

--