

MODULO PER RICHIESTA TRASFERIMENTO IN AMBITO PROVINCIALE EX ACCORDO REGIONALE SICILIA DEL 18/05/2021

Al Responsabile Macro Area Risorse Umane
 Per il personale MP, MIPA, Bancoposta:
GESTIONE_CANALI_COMMERCIALI_SICILIA@posteitaliane.it
Fax Server: 06/98688972
 Per il personale PCL, DTO e Corporate:
GESTIONE_PCL_COO_CORPORATE_SICILIA@posteitaliane.it
Fax Server: 06/98688971

Il sottoscritto _____ n° matricola _____

Nato a _____ il _____ Recapitocellulare _____

Indirizzo e-mail _____

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

Ufficio di appartenenza _____ provincia _____ mansione _____

Comune richiesto: _____ / _____ / _____
 (indicare max 3 comuni)

CONDIZIONI FAMILIARI AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue

Coniugato/a- Unito/a civilmente Celibe/Nubile Vedovo/a Divorziato/a

Legalmente separato/a Convivente *more uxorio* con figli riconosciuti da entrambi

1.	Famiglia monoparentale affidamento esclusivo (punti 10) (**)	
2.	Coniuge o, in assenza, 1° figlio (punti 7) (*)	
3.	Ciascun figlio 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

Coniuge appartenente alle forze armate o di polizia

Art. 41 CCNL 30 Novembre 2017 – Il/La sottoscritto/a dichiara di essere affetto/a da una delle patologie di particolare gravità elencate all'art. 41 o per le quali si renda necessaria l'effettuazione di terapie salvavita (allegare la documentazione attestante quanto dichiarato)

Il/La sottoscritto/a dichiara la presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di figli conviventi, coniuge o convivente "more uxorio" affetti da patologia elencata all'art. 41 del CCNL o per le per quali si rende necessaria l'effettuazione di terapie salvavita (allegare la documentazione attestante quanto dichiarato)

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere figlio/i, fiscalmente a carico almeno al 50%, per i quali ricorra almeno una delle condizioni qualificate come "croniche ed invalidanti" 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 una struttura sanitaria pubblica e che abbia dato luogo al riconoscimento dell'invalidità civile per i figli minorenni e nella misura pari almeno all' 85% per i figli maggiorenni.

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

- Di avere un'anzianità di servizio non inferiore a 3 mesi (18 mesi per il personale con contratto di apprendistato)
- Di avere una permanenza nella sede regionale Sicilia non inferiore a 3 mesi (18 mesi per il personale con contratto di apprendistato).

Si autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679/UE)

(firma del richiedente)

_____/_____/_____
(g) (mese) (a)
(data della presentazione della domanda)