

DOMANDA DI MOBILITÀ VOLONTARIA IN AMBITO REGIONALE (ex verbale regionale PUGLIA del 25/06/2018)

Responsabile Gestione PCL	fax 0805507123 / 0805507076
Responsabile Gestione MP	fax 0805507123 / 0805507076

Il/la sottoscritto/a _____	n° matricola _____
nato a _____ il _____	
rec. telefonico (ufficio): _____; (casa): _____; (cellulare): _____	

Livello: E D C

Settore di appartenenza:

MP	PCL
----	-----

Ufficio / Unità di appartenenza _____ Provincia _____

	PROVINCIA RICHIESTA
MP – FOGGIA	<input type="checkbox"/>
MP – LECCE	<input type="checkbox"/>
PCL - LECCE	<input type="checkbox"/>

Condizioni familiari al 31 Dicembre 2017

Coniugato/a Celibe/Nubile Vedovo/a Divorziato/a Legalmente Separato/a

Convivente *more uxorio* con figli naturali riconosciuti da entrambi

N° Figli fino a 8 anni	
N° Figli da 9 a 18 anni	
N° Genitori fiscalmente a carico*	

* per familiare "fiscalmente a carico" si intende il familiare convivente che non dispone di un reddito proprio superiore ad € 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili

Famiglia monoparentale (affidamento congiunto)	
Famiglia monoparentale (affidamento esclusivo)	

Si rammenta che per famiglia monoparentale si intende:

- Unico genitore che ha riconosciuto il/i figlio/i nei modi previsti dall'art. 254 cod. civ.
- Unico genitore che ha adottato il/i figlio/i nei modi consentiti dalla legge
- Divorziato o legalmente separato con affidamento del/dei figlio/i
- Vedovo/a con prole

Avvertenza: nel caso in cui vengano compilati i campi "Coniugato/a" o "Convivente *more uxorio* con figli naturali riconosciuti da entrambi" non sarà possibile valorizzare il campo "Famiglia monoparentale"

1.	famiglia monoparentale (punti 10) (**)	
2.	coniuge o, in assenza, 1° figlio (punti 7) (*)	n.
3.	ciascun figlio fino a 8 anni (punti 6)	n.
4.	ciascun figlio da 9 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

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

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che in caso di contatto da parte dell'Azienda finalizzato al trasferimento, dovrà formalizzare l'accettazione ovvero la rinuncia inviando una comunicazione a mezzo fax alla struttura RU di riferimento, entro e non oltre il giorno lavorativo successivo a quello della relativa proposta e che se nel termine previsto non perviene accettazione, lo stesso dipendente sarà considerato rinunciatario, con contestuale eliminazione dalla graduatoria.

Il/la sottoscritto/a è informato che il trattamento dei dati è finalizzato alla gestione delle domande di trasferimento volontario come previsto nell'accordo sindacale regionale del 25 giugno 2018 e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati in conformità alle disposizioni in materia, anche in relazione alla possibile pubblicazione dei dati comuni negli elenchi di cui all'accordo sindacale citato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le informazioni sopra rese e riferite alla propria situazione familiare al 31 dicembre 2017, corrispondono a verità ed è, inoltre, consapevole che Poste Italiane si riserva la facoltà di chiedere in qualsiasi momento la documentazione per constatare la veridicità della situazione familiare dichiarata.

(firma del richiedente)

_____/_____/_____
(gg) (mm) (aaaa)
data della presentazione della domanda

Per ogni ulteriore informazione si fa riferimento all'accordo sindacale del 25 giugno 2018