

ALLEGATO A

Al Responsabile del Settore
Economico Finanziario
Amministrativo e di Supporto
Piazza XX Settembre 1
51018 PIEVE A NIEVOLE

Dichiarazione ai fini del passaggio diretto di personale tra Amministrazioni diverse, ai sensi dell'art. 30 del D.lgs. n. 165/2001, di n. 1 posto di Specialista dell'area di Vigilanza, area dei Funzionari ed E.Q. (ex categoria giuridica D), a tempo pieno e indeterminato

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
Il _____ C.F. _____ e residente nel comune di _____ (____) in via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____;

DICHIARA LE SEGUENTI ESIGENZE DI FAMIGLIA

(Nota per il candidato: I punteggi assegnati per le singole voci sono cumulabili tra loro fino al raggiungimento del **limite massimo complessivo di 6 punti** previsto dall'avviso di mobilità).

| TIPO ESIGENZA | PUNTEGGIO |
|--|-----------------|
| <p>A) Ricongiungimento o riavvicinamento al coniuge non separato. <i>In caso di personale senza coniuge o separato legalmente con atto omologato, il ricongiungimento si intende riferito ai genitori o ai figli.</i></p> <p>Il/La sottoscritto/a richiede il ricongiungimento a:</p> <p>Cognome e Nome: _____</p> <p>Grado di parentela: _____</p> <p>Residente nel Comune di: _____</p> | <p>3</p> |

| | |
|---|-------------------|
| <p>B) Figli di età inferiore a sei anni: punteggio assegnato per ogni figlio in possesso del requisito alla data di scadenza del bando (fino al giorno precedente il compimento del 6° anno).</p> <p>Indicare il numero di figli minori di 6 anni:</p> <p>1) _____ Nato/a il: _____ a: _____</p> <p>2) _____ Nato/a il: _____ a: _____</p> | <p>1,5</p> |
| <p>C) Figli di età compresa tra sei e diciotto anni: per ogni figlio che abbia compiuto i 6 anni ma non superato il 18° anno. <i>La stessa voce si applica per ogni figlio maggiorenne inabile permanente al lavoro.</i></p> <p>Indicare il numero di figli tra 6 e 18 anni o inabili:</p> <p>1) _____ Nato/a il: _____ a: _____</p> <p>2) _____ Nato/a il: _____ a: _____</p> | <p>0,5</p> |
| <p>D) Cura e assistenza di figli minorati (fisici, psichici, sensoriali), del coniuge o del genitore totalmente/permanentemente inabili, assistibili solo nel comune richiesto; ovvero assistenza a figli tossicodipendenti in programma terapeutico (art. 122 D.P.R. 309/90).</p> <p>Specificare il soggetto assistito e il legame: _____ _____</p> <p>Comune in cui deve prestarsi l'assistenza: _____ _____</p> | <p>3</p> |

ULTERIORI DICHIARAZIONI
.....
.....
.....
.....
.....
.....

_____/_____
(luogo) (data)

(firma) *

* firma esente da autenticazione – Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità