

**ALLEGATO B**

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            sottocritto/a            \_\_\_\_\_            nato/a            a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Il            C.F.            \_\_\_\_\_ e residente nel comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;

**DICHIARA LE SEGUENTI ESIGENZE DI FAMIGLIA**

TIPO ESIGENZA	PUNTEGGIO
A) per ricongiungimento o riavvicinamento al coniuge ovvero, nel caso di personale senza coniuge o separato giudizialmente o consensualmente con atto omologato dal tribunale, per ricongiungimento o riavvicinamento ai genitori o ai figli ..... ..... ..... .....	<b>2</b>
B) per ogni figlio di età inferiore a sei anni ..... ..... .....	<b>2</b>
C) per ogni figlio di età superiore ai sei anni, ma che non abbia superato il diciottesimo anno di età ovvero per ogni figlio maggiorenne che risulti totalmente o permanentemente inabile a proficuo lavoro..... .....	<b>2</b>

<p>D) per la cura e l'assistenza dei figli minorati fisici, psichici o sensoriali, ovvero del coniuge o del genitore totalmente o permanentemente inabili al lavoro, che possono essere assistiti soltanto nel comune richiesto, nonché per l'assistenza dei figli tossicodipendenti sottoposti ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo da attuare presso la residenza abituale con l'assistenza del medico di fiducia (art. 122 – comma III – D.P.R. 309/90), o presso le strutture pubbliche e private di cui agli artt. 114 – 118 – 122 D.P.R. 309/90, qualora il programma comporti di necessità il domicilio nella sede della struttura medesima</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>2</p>
--	----------

ULTERIORI DICHIARAZIONI .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(luogo) (data)

\_\_\_\_\_

(firma) \*

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