

ALLEGATO E

PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE ANNO 2021

Domanda di partecipazione

All'Agenzia delle dogane e dei monopoli

DT/DPERS _____

(indicare la DT/DPERS di organica appartenenza)

e, p.c.

Ufficio di servizio _____

(indicare l'Ufficio di servizio)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME																	
CODICE FISCALE																	
DATA DI NASCITA gg mm aaaa _ _ / _ _ / _ _ _ _										SESSO <table border="1"><tr><td>M</td><td>F</td></tr></table>						M	F
M	F																
COMUNE DI NASCITA								PROVINCIA DI NASCITA									
INDIRIZZO DI RESIDENZA								COMUNE DI RESIDENZA				PROVINCIA DI RESIDENZA					
INDIRIZZO DI DOMICILIO								COMUNE DI DOMICILIO				PROVINCIA DI DOMICILIO					
EMAIL ISTITUZIONALE																	
EMAIL PERSONALE <input type="checkbox"/> Chiedo di ricevere le comunicazioni inerenti la procedura anche al seguente indirizzo di posta elettronica privato, non pec. (campo non obbligatorio)																	

DATI DI SERVIZIO

AREA E POSIZIONE ECONOMICA DI APPARTENENZA										DATA DI PRIMA IMMISSIONE IN SERVIZIO NELLA P.A.					
III	II	I	F1	F2	F3	F4	F5	F6		gg	mm	aaaa			
										_ _ / _ _ / _ _ _ _					
DT/DC DI ORGANICA APPARTENENZA										UFFICIO DI ORGANICA APPARTENENZA					
DT/DC DI SERVIZIO										UFFICIO DI SERVIZIO					

SEDE DI ORGANICA APPARTENENZA

DT/STRUTTURA CENTRALE	UFFICIO/SEDE (Come individuato nell'allegato C)
-----------------------	---

SEDE DI DESTINAZIONE

(Indicare l'Ufficio come individuato nell'allegato A)

DT/STRUTTURA CENTRALE	UFFICIO/SEDE
-----------------------	--------------

ANZIANITA' DI SERVIZIO IN ADM

DATA (gg/mm/aaaa)

TITOLI VALUTABILI

1. MOTIVI DI SALUTE (I punteggi di cui alle successive ipotesi <u>non</u> sono cumulabili)	PUNTEGGIO DICHIARATO DAL DIPENDENTE	PUNTEGGIO ATTRIBUITO DALLA STRUTTURA COMPETENTE
1.1. Patologia di particolare gravità (del dipendente, del figlio, del coniuge o del convivente <i>more uxorio</i>) che necessita dell'accesso a presidi medici pubblici di tipo specialistico presenti nella regione di destinazione o che sia incompatibile, in ragione delle condizioni ambientali, con la permanenza del soggetto infermo presso la sede ove il dipendente presta servizio. (20 punti)		
1.2. Patologia del dipendente (10 punti)		
1.3. Patologia di un familiare (entro il 2° grado) residente da almeno sei mesi nella regione di destinazione richiesta dal dipendente (10 punti)		
TOTALE PUNTI [1]		

2. ANZIANITA' DI SERVIZIO	PUNTEGGIO DICHIARATO DAL DIPENDENTE	PUNTEGGIO ATTRIBUITO DALLA STRUTTURA COMPETENTE
2.1. Per ogni anno di anzianità di servizio in ADM (2 punti) (Indicare il numero di anni interi e il relativo punteggio)		
TOTALE PUNTI [2]		

3. ALTRI TITOLI VALUTABILI (I punteggi di cui alle successive ipotesi sono cumulabili)	PUNTEGGIO DICHIARATO DAL DIPENDENTE	PUNTEGGIO ATTRIBUITO DALLA STRUTTURA COMPETENTE
3.1. Unico titolare di reddito con almeno un figlio a carico (10 punti)		
3.2. Ricongiungimento a figlio minore residente da almeno sei mesi nella regione ove è ubicata la sede richiesta (10 punti)		
3.3. Ricongiungimento al coniuge o convivente <i>more uxorio</i> residente da almeno sei mesi nella regione ove è ubicata la sede richiesta (5 punti)		
TOTALE PUNTI [3]		

TOTALE PUNTEGGIO	PUNTEGGIO DICHIARATO DAL DIPENDENTE	PUNTEGGIO ATTRIBUITO DALLA STRUTTURA COMPETENTE
[1]+[2]+[3]		

TITOLO DI PRECEDENZA	DICHIARAZIONE DEL DIPENDENTE	VALIDAZIONE EFFETTUATA DALLA STRUTTURA COMPETENTE
Art. 21 della legge n. 104/1992	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Art. 33, c. 6 della legge n. 104/1992	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Elenco documentazione allegata

Spazio per eventuali annotazioni

Il/La sottoscritt__ dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver preso visione dell'Informativa sui dati personali, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) (Allegato F del bando). Nel caso la presente istanza e/o i documenti allegati contenessero dati personali riferiti ai propri familiari e conviventi interessati, dichiara, sempre sotto la propria responsabilità, di aver reso edotti gli stessi di detto inserimento, di aver fornito loro copia dell'Informativa per il trattamento da parte di ADM dei medesimi dati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di mobilità volontaria nazionale.

Il/La sottoscritt__, a conoscenza delle responsabilità penali nelle quali può incorrere in caso di dichiarazione mendace, dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, che le condizioni di cui ai titoli dichiarati nella presente istanza di trasferimento sono sussistenti.

Si allega copia di un documento di riconoscimento valido.

Luogo e data

Firma
