DOMANDA MOBILITÀ VOLONTARIA 2017 – Ambito REGIONALE
Accordo Regionale Azienda – OOSS del 27/04/2016

Al Responsabile RUR Lombardia
Fax 02 72570019 20123 Milano

Cognome		Nome					
Luogo di nascita		Data di nascita					
Matricola		Data assunzione					
Nr. cell. **(obbligatorio**)		Livello	B	C	D	E	F

Contratto di lavoro: ☐ Full Time ☐ Part time

Settore di appartenenza : ☐ MERCATO PRIVATI ☐ POSTA COM.NE E LOG. ☐ ALTRE STRUTTURE

Ufficio /Unità di appartenenza _____ Provincia _____

Figura Professionale _____

PROVINCIA RICHIESTA

_____

Condizioni familiari al 31 dicembre 2016

☐ Coniugato/a ☐ Celibe/Nubile ☐ Vedova/a ☐ Divorziato/a ☐ Legalmente separato/a ☐ Convivente more uxorio con figli naturali riconosciuti da entrambi

Coniuge o in assenza il primo figlio (indicare "C" se coniuge "F" se figlio)	
Nr. figli fino a 8 anni	
Nr. figli da 9 a 18 anni	
Genitore fiscalmente a carico (*)	

(*) Per genitore fiscalmente a carico si intende il genitore convivente che non dispone di un reddito proprio superiore ad € 2.480,51 al lordo degli oneri deducibili.

Parentela	Nominativo	Data di nascita	Fiscalmente a carico (SI/NO) (da compilarsi solo per i genitori)

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

Si rammenta che per famiglia monoparentale si intende:
- Unico genitore cha 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

*** * * * * * * * * ***

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di essere affetto da una delle patologie di particolare gravità elencate all'art. 41 CCNL vigente 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 di particolare gravità elencate all'art. 41 CCNL vigente 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 di figli, fiscalmente a carico almeno al 50% per i quali ricorra almeno una delle condizioni qualificate come "croniche ed invalidanti" dal Ministero della Salute - DM 28/5/1999 n. 329 e succ. modifiche – certificata da una struttura sanitaria pubblica e che abbia dato luogo al riconoscimento dell'invalidità civile in misura almeno pari al 85 %

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere in possesso, alla data del 31 dicembre 2016, dei requisiti di cui sopra.

Il/la sottoscritto/a è informato che il trattamento dei dati è finalizzato alla gestione delle domande di trasferimento volontario come previsto dell'accordo sindacale del 27/04/2016 e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati in conformità alle disposizioni del D.lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di trattamento dei dati personali", anche in relazione alla possibile pubblicazione dei dati comuni negli elenchi di cui all'accordo sindacale citato.

Data _____ Firma del richiedente _____