

MOBILITA' ORDINARIA

Al **Ministero dell'Interno**
Dipartimento dei Vigili del Fuoco
del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile

tramite:

OGGETTO: Richiesta di trasferimento.

Sotto la propria personale responsabilità, il sottoscritto:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome | Nome | nato il |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| prov. | comune | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| titolo di studio | codice fiscale | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

| | |
|--------------------|----------------------|
| profilo attuale | <input type="text"/> |
| in servizio presso | <input type="text"/> |

dichiara che **al momento dell'assunzione** era **RESIDENTE** in:

| | | | |
|--------------|----------------------|--------|----------------------|
| prov. | <input type="text"/> | comune | <input type="text"/> |
| via, n. civ. | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> |

Dichiara che l'attuale residenza è **SI** **NO** la stessa dichiarata all'atto dell'assunzione (barrare la casella che interessa);se **non** è la stessa: dichiara di essere attualmente **RESIDENTE** in:

| | | | | | |
|--------------|----------------------|--------|----------------------|----------|----------------------|
| prov. | <input type="text"/> | comune | <input type="text"/> | | |
| via, n. civ. | <input type="text"/> | CAP | <input type="text"/> | telefono | <input type="text"/> |

e che il cambio di residenza è stato determinato dai seguenti motivi allegandone documentazione:

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Dichiara di aver effettuato assenze con perdita di anzianità **SI** **NO** (barrare la casella che interessa);

CHIEDE

di essere trasferito/alle sedi di _____

Ai fini della collocazione nella graduatoria degli aspiranti alle predette sedi, dichiara sotto la propria responsabilità, di trovarsi nelle seguenti condizioni personali e familiari:

CONDIZIONI DI FAMIGLIA

| | | | | |
|------------------------------|----------------------|----------------|---|--|
| 1. Stato civile | <input type="text"/> | Coniuge carico | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | (barrare la casella che interessa) |
| 2. Numero dei figli a carico | <input type="text"/> | | | |
| 3. Numero dei figli affidati | <input type="text"/> | | | (per i dipendenti non coniugati, vedovi, divorziati o separati giudizialmente o consensualmente) |

A tal fine dichiara che il proprio nucleo familiare è il seguente e documenta l'esistenza delle condizioni di cui al punto 3 dei criteri ALLEGATO C:

| Tipo di parentela | Cognome | Nome | Data di nascita |
|-------------------|---------|------|-----------------|
| | | | |

per i figli maggiorenni dovrà essere prodotta dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, dalla quale risulti che i figli non percepiscono un reddito superiore a € 2.840,51 annui (dichiarazione che il dipendente rende nel proprio interesse, che può riguardare anche stati, fatti e qualità personali relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza).

4. Ricongiungimento al coniuge.

| | | | |
|---|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Dichiara inoltre che il coniuge presta attività lavorativa non trasferibile in: | | | |
| prov. | <input type="text"/> | comune | <input type="text"/> |
| | | dal | <input type="text"/> |
| | Attività svolta dal coniuge | <input type="text"/> | |
| | motivi della sua intrasferibilità: | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | | |

Richiede di poter usufruire dei benefici in rif. alla legge 104/1992

A tal fine dovrà essere compilato il mod. B/3:

Data presentazione domanda

Firma