

MODULO VARIAZIONE DOMANDA DI TRASFERIMENTO

- Al Responsabile Regionale Risorse Umane
- N. FAX **Mercato Privati 06/98682059**

Cognome e Nome _____ n°matricola _____
nato a _____ il _____ tel/cell _____

Rispetto alle graduatorie di Mobilità pubblicate in via provvisoria, desidero evidenziare le seguenti difformità rispetto a quanto da me precedentemente dichiarato. In particolare, non ritengo corrispondenti i seguenti elementi:

Mancanza di corrispondenza rispetto ai requisiti di accesso:

- Anzianità di servizio:
- Permanenza nella sede regionale

Difformità rispetto alle condizioni familiari da me dichiarate, che evidenzio nuovamente di seguito:

CONDIZIONI FAMILIARI AL 31 DICEMBRE 2016

Coniugato/a Celibe/Nubile Vedovo/a Divorziato/a Legalmente Separato/a

Convivente *more uxorio* con figli naturali riconosciuti da entrambi

N°Figli fino a 8 anni	
N°Figli da 9 a 18 anni	
N°Genitori fiscalmente a carico*	

* per familiare "fiscalmente a carico" si intende il familiare convivente che non dispone di un reddito proprio superiore ad €2.840,51 al lordo degli oneri deducibili

Famiglia monoparentale

Si rammenta che per famiglia monoparentale si intende:

- Unico genitore che 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

Difformità rispetto all'anzianità di servizio calcolata per il punteggio di cui al punto b.2) dell'Accordo.

Difformità rispetto alla presenza in servizio calcolata per il punteggio di cui al punto b.3) dell'Accordo.

Mancata valorizzazione del campo ART. 41 CCNL/effettuazione di terapie salvavita (allegare la relativa documentazione)

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le informazioni sopra rese e riferite alla propria situazione familiare al 31 dicembre 2016, corrispondono a verità. Il/la sottoscritto/a è, inoltre, consapevole che Poste Italiane si riserva la facoltà di chiedere in qualsiasi momento la documentazione per constatare la veridicità della

(firma del richiedente)

_____/_____/_____
(gg) (mm) (aaaa)

Risorse Umane Regionale Centro
Trasferimento volontario individuale

NoidiPoste

