

# MODULO DOMANDA DI TRASFERIMENTO

## DOMANDA DI MOBILITA' VOLONTARIA ANNO 2024 CITTA' DI ROMA ACCORDO REGIONALE LAZIO 03/07/2023

MP

PCL

Referente RU per adesione Mobilità 2024

email a: .....

(v. allegato "Referenti RU per adesione Mobilità 2024" al Comunicato al personale mobilità regionale e provinciale del Lazio 2024)

In riferimento alla Città di Roma e in coerenza con l'art. 38, lettera a), comma I, del vigente CCNL le domande che comportano il trasferimento ad altra sede di lavoro, distante più di 25 km dalla sede di lavoro di provenienza, saranno gestite con le medesime modalità previste per la Mobilità Provinciale.

Le domande dovranno indicare:

- per PCL 1 solo Centro di Distribuzione in cui si vuole richiedere il trasferimento;
- per MP 1 solo Ufficio Postale in cui si vuole richiedere il trasferimento.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ n° matricola \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Recapito cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Livello  F  E  D  C  B

Ufficio di appartenenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Figura professionale \_\_\_\_\_

### CENTRO DI DISTRIBUZIONE / UFFICIO POSTALE RICHIESTO SUPERIORE A 25 KM

Centro di Distribuzione (PCL) \_\_\_\_\_

Ufficio Postale (MP) \_\_\_\_\_

#### Condizioni familiari

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

Convivente more uxorio con figli naturali riconosciuti da entrambi

Coniuge appartenente alle Forze Armate o di Polizia

1) famiglia monoparentale	10 punti (**)	si/no
2) coniuge o in assenza 1° figlio	7 punti (*)	si/no
3) ciascun figlio fino a 8 anni	6 punti	n°
4) ciascun figlio da 9 a 18 anni	5 punti	n°
5) famiglia monoparentale (affidamento congiunto)	5 punti	n°
6) genitore fiscalmente a carico	3 punti	n°
7) coniuge appartenente alle Forze Armate o di Polizia	3 punti	n°

\* indicare se C (coniuge) o F (figlio) \*\* indicare si/no

**Macro Area Risorse Umane Centro**  
**Trasferimento volontario individuale**

**NoidiPoste**



PARENTELA (*)	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA (da compilarsi solo per i figli)	FISCALMENTE A CARICO (SI/NO) da compilarsi solo per i genitori

(\*) **G = genitore      F = figlio      C = coniuge**

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso, alla data del **31/12/2023** dei requisiti di cui sopra e dei requisiti di accesso:

- 1) **Anzianità di servizio non inferiore a 3 mesi;**
- 2) **Permanenza nell'attuale sede di assegnazione non inferiore a 3 mesi.**

Il sottoscritto è inoltre consapevole che Poste Italiane si riserva la facoltà di chiedere in qualsiasi momento la documentazione per constatare la veridicità della situazione familiare richiesta.

### GRAVI PATOLOGIE

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere affetto da una delle patologie di particolare gravità elencate all'art. 41 CCNL o per le quali si renda necessaria l'effettuazione di terapie salvavita (allegare la documentazione attestante quanto dichiarato).

**N.B. tale personale potrà presentare domanda di trasferimento indipendentemente dai requisiti previsti al punto 1. dell'Accordo Regionale del 03/07/2023. L'Azienda valuterà le relative richieste indipendentemente dai criteri individuati nell'allegato 1 del richiamato Accordo.**

Il/la sottoscritto/a dichiara la presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di figli conviventi, coniuge unito civilmente o convivente "more uxorio" affetti da patologia elencata all'art. 41 del CCNL o per le quali si renda necessaria l'effettuazione di terapie salvavita (allegare la documentazione attestante quanto dichiarato).

**N.B. tale personale potrà presentare domanda di trasferimento indipendentemente dai requisiti previsti al punto 1. dell'Accordo Regionale del 03/07/2023. L'Azienda valuterà le relative richieste indipendentemente dai criteri individuati nell'allegato 1 del richiamato Accordo.**

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere figlio/i, fiscalmente a carico almeno al 50%, per i quali ricorra almeno una delle condizioni qualificate come "croniche ed invalidanti" dal Ministero della Salute – ai sensi del DM 28 maggio 1999, n. 329, come modificato dal DM 21 maggio 2001, n. 296 e dal DM 18 maggio 2001, n. 279 – certificata da una struttura sanitaria pubblica e che abbia dato luogo al riconoscimento dell'invalidità civile per i figli minorenni e nella misura pari almeno all'85% per i figli maggiorenni (allegare la documentazione attestante quanto dichiarato).

**N.B. tale personale potrà presentare domanda di trasferimento indipendentemente dai requisiti previsti al punto 1. dell'Accordo Regionale del 03/07/2023. L'Azienda valuterà le relative richieste indipendentemente dai criteri individuati nell'allegato 1 del richiamato Accordo.**

Il/la sottoscritto/a è informato che il trattamento dei dati è finalizzato alla gestione delle domande di trasferimento volontario in ambito provinciale, come previsto nell'accordo sindacale del **03/07/2023** e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati in conformità alle disposizioni del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679/UE), anche in relazione alla possibile pubblicazione dei dati comuni negli elenchi di cui all'accordo sindacale citato.

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (gg) (mm) (aaaa)  
 (data della presentazione della domanda)

Per ogni ulteriore informazione è possibile consultare l'accordo sindacale del 3/07/2023.

**Macro Area Risorse Umane Centro**  
**Trasferimento volontario individuale**

**NoidiPoste**

