

# DOMANDA DI TRASFERIMENTO

ISTRUZIONE SECONDARIA DI 2° GRADO E ARTISTICA - ANNO SCOLASTICO 2006/2007

(Da compilarsi dopo aver consultato le istruzioni di cui all'allegato all'O.M.)

**SEZIONE A** (Destinatario della domanda)

ALL'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE  
CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI DI

.....

RISERVATO AL CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI

Protocollo .....

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Protocollo .....

**SEZIONE B**

Il sottoscritto chiede di essere trasferito ad uno degli istituti, sedi o posti indicati nella sezione F del modulo.

**SEZIONE C - DATI ANAGRAFICI**

SITUAZIONE ANAGRAFICA

.....

COGNOME DI NASCITA

.....

NOME

.....

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">giorno</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">mese</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">anno</td> </tr> </table>	giorno	mese	anno	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">sigla</td> <td style="width: 90%; text-align: center;">provincia per esteso</td> </tr> </table>	sigla	provincia per esteso
giorno	mese	anno				
sigla	provincia per esteso					
DATA DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA					

c.a.p.	comune	prov.	via	telefono
RESIDENZA ATTUALE				

SITUAZIONE DI RUOLO

.....

CLASSE DI CONCORSO DI TITOLARITA'

COMUNE DI TITOLARITA' (*)	CODICE	DIZIONE IN CHIARO
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
ISTITUTO DI TITOLARITA' (a) (*)		

COMUNE DI SERVIZIO	CODICE	DIZIONE IN CHIARO
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
ISTITUTO DI SERVIZIO (a)		

(\*) I docenti titolari su posti "dotazione organica provinciale" devono indicare la relativa denominazione tralasciando lo spazio riservato al comune.

**DOCUMENTI ALLEGATI**

1 .....	4 .....	7 .....
2 .....	5 .....	8 .....
3 .....	6 .....	9 .....

**Note**

- (a) L'istituto deve essere espresso con la denominazione riportata negli elenchi ufficiali delle preferenze.
- (b) Le voci della tabella di valutazione sono espresse in modo sintetico, per la dizione integrale si rimanda alla apposita tabella (allegato D contratto mobilità, lettera A)
- (c) Barrare la casella di interesse. Nel caso non venga barrata alcuna casella o in presenza di indicazioni non chiare la risposta verrà considerata come data in senso negativo.
- (d) Riservato all'ufficio scolastico regionale - centro servizi amministrativi.
- (e) Il docente deve riportare nello spazio tratteggiato l'ufficio scolastico regionale da cui dipende l'istituto di titolarità.
- (f) Barrare la casella di interesse. Nel caso non venga barrata alcuna casella, l'esame di ciascuna preferenza sarà limitato alle sole cattedre interne all'istituto.
- (g) Ogni anno di servizio prestato in istituti situati su piccole isole o in paesi in via di sviluppo va conteggiato due volte.
- (h) Ogni anno di servizio prestato in istituti situati su piccole isole va conteggiato due volte.
- (i) Il docente titolare in scuole ubicate in comuni di neo-istituzione deve indicare, per usufruire dell'apposita precedenza, il comune di precedente titolarità.
- (l) Il docente soprannumerario titolare di istituto oggetto di unificazione di cui all'art. 20 c.1 lettera A del C.C.N.I. sulla mobilità, che intende ottenere il trasferimento con precedenza in altro istituto oggetto della stessa unificazione, deve riportare il codice e la dizione in chiaro di quest'ultima.
- (m) Il docente soprannumerario di cui all'art. 20 c.1 lettera C) del C.C.N.I. che intende ottenere il trasferimento con precedenza in una scuola oggetto del dimensionamento deve riportare il codice e la dizione in chiaro di quest'ultima.

**SEZIONE D - TABELLA DI VALUTAZIONE (b)**

**ANZIANITA' DI SERVIZIO (Titolo I della Tabella)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <p><b>1</b> Anzianità di servizio effettivamente prestato dopo la decorrenza giuridica della nomina nel ruolo di appartenenza (g) (lettere A e A1)</p> <p><b>2</b> Anzianità derivante da retroattività giuridica della nomina non coperta da effettivo servizio e/o derivante da servizio di ruolo prestato negli istituti di istruzione secondaria di I grado (h) (lettere B e B2, nota 4)</p> <p><b>3</b> Anzianità complessiva di servizio pre-ruolo (h) (lettere B e B2)</p> <p><b>4</b> Anzianità di servizio di ruolo (almeno 3 anni) prestato senza soluzione di continuità nella classe di concorso e nell'istituto di titolarità (lettera C)</p> <p><b>5</b> Anzianità derivante da servizio prestato da titolare di scuola secondaria di I grado comanda-to ex-legge 603/66 sulla scuola secondaria di II grado (lettera B1)</p> <p><b>6</b> Anni di servizio prestato su posti di sostegno (nota 1 e nota 4)</p> <p><b>7</b> Punteggio aggiuntivo (lettera D)</p> | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>ANNI</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>ANNI</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>ANNI</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>ANNI</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>ANNI</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Altro ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Preruolo</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>7</b></td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> </table> | <b>1</b>                         | <input type="text"/><br>ANNI        | <input type="text"/><br>(d)      | <b>2</b>                    | <input type="text"/><br>ANNI | <input type="text"/><br>(d) | <b>3</b> | <input type="text"/><br>ANNI | <input type="text"/><br>(d) | <b>4</b> | <input type="text"/><br>ANNI | <input type="text"/><br>(d) | <b>5</b> | <input type="text"/><br>ANNI | <input type="text"/><br>(d) | <b>6</b> | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Altro ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Preruolo</td> </tr> </table> | <input type="text"/><br>Ruolo | <input type="text"/><br>Altro ruolo | <input type="text"/><br>Preruolo | <input type="text"/><br>(d) | <b>7</b> | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="text"/><br>(d) |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/><br>ANNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/><br>(d)      |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/><br>ANNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/><br>(d)      |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/><br>ANNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/><br>(d)      |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/><br>ANNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/><br>(d)      |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/><br>ANNI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/><br>(d)      |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Altro ruolo</td> <td style="padding: 2px;"><input type="text"/><br/>Preruolo</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="text"/><br>Ruolo    | <input type="text"/><br>Altro ruolo | <input type="text"/><br>Preruolo | <input type="text"/><br>(d) |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <input type="text"/><br>Ruolo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/><br>Altro ruolo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="text"/><br>Preruolo |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <b>7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO         | <input type="text"/><br>(d)      |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                                     |                                  |                             |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                              |                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                     |                                  |                             |          |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |

**ESIGENZE DI FAMIGLIA (Titolo II della Tabella)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                   |                              |                             |          |                                                                   |                              |                             |           |                      |                      |                             |           |                      |                      |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <p><b>8</b> Comune di ricongiungimento per il trasferimento (lettera A)</p> <p><b>9</b> Comune dove possono essere assistiti i figli minorati, tossicodipendenti, etc. (lettera D)</p> <p><b>10</b> Numero dei figli che non abbiano compiuto sei anni di età (lettera B)</p> <p><b>11</b> Numero dei figli di età superiore ai sei anni, ma non superiore ai diciotto o che si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro (lettera C)</p> | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br/>COMUNE         </td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>PROV</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>9</b></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br/>COMUNE         </td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>PROV</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>10</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>11</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> </table> | <b>8</b>                     | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>COMUNE | <input type="text"/><br>PROV | <input type="text"/><br>(d) | <b>9</b> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>COMUNE | <input type="text"/><br>PROV | <input type="text"/><br>(d) | <b>10</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>11</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) |
| <b>8</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>COMUNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/><br>PROV | <input type="text"/><br>(d)                                       |                              |                             |          |                                                                   |                              |                             |           |                      |                      |                             |           |                      |                      |                             |
| <b>9</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br>COMUNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/><br>PROV | <input type="text"/><br>(d)                                       |                              |                             |          |                                                                   |                              |                             |           |                      |                      |                             |           |                      |                      |                             |
| <b>10</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>         | <input type="text"/><br>(d)                                       |                              |                             |          |                                                                   |                              |                             |           |                      |                      |                             |           |                      |                      |                             |
| <b>11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>         | <input type="text"/><br>(d)                                       |                              |                             |          |                                                                   |                              |                             |           |                      |                      |                             |           |                      |                      |                             |

**TITOLI GENERALI (Titolo III della Tabella)**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------------------------|
| <p><b>12</b> Numero di promozioni di merito distinto (lettera A)</p> <p><b>13</b> Idoneità conseguita a seguito di superamento di pubblico concorso per esami relativo al ruolo di appartenenza o a ruoli di livello pari o superiore (lettera B)</p> <p><b>14</b> Numero di diplomi di specializzazione conseguiti in corsi post-laurea (lettera C)</p> <p><b>15</b> Numero di diplomi universitari conseguiti oltre al titolo di studio attualmente necessario per l'accesso al ruolo di appartenenza (lettera D)</p> <p><b>16</b> Numero di corsi di perfezionamento e/o master di durata non inferiore ad un anno (lettera E)</p> <p><b>17</b> Numero di diplomi di laurea conseguiti oltre al titolo di studio attualmente necessario per l'accesso al ruolo di appartenenza (lettera F)</p> <p><b>18</b> Conseguimento del dottorato di ricerca (lettera G) (c)</p> <p><b>19</b> Numero di partecipazioni ai nuovi esami di stato (lettera I)</p> | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>12</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>13</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>14</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>15</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>16</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>17</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>18</b></td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>19</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/><br/>(d)</td> </tr> </table> | <b>12</b>                   | <input type="text"/>        | <input type="text"/><br>(d) | <b>13</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>14</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>15</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>16</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>17</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) | <b>18</b> | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="text"/><br>(d) | <b>19</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/><br>(d) |
| <b>12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>13</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>14</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>15</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>16</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>17</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>18</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="text"/><br>(d) |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |
| <b>19</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/><br>(d) |                             |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                      |                             |           |                                                                                                                                                                                                                        |                             |                             |                             |           |                      |                             |

SEZIONE E - ALTRE INDICAZIONI

DOCENTE SOPRANNUMERARIO

- 20 Punteggio nella graduatoria di docente soprannumerario (\*) **20**      (d)
- 21 Istituto dal quale il docente è stato trasferito nell'ultimo quinquennio perché soprannumerario (a),(i),(l),(m) (art.7 comma 1/Il contratto mobilità) **21**

CODICE	DIZIONE IN CHIARO

 (d)
- 22 Il docente soprannumerario intende comunque partecipare al movimento a domanda? (c) (\*) **22**  SI  NO  (d)

(\*) (da compilare da parte dei docenti soprannumerari con esclusione dei docenti titolari D.O.P.)

REQUISITI

- 23 Possesso dei requisiti necessari per il trasferimento ad istituti con lingua di insegnamento diversa da quella dell' istituto di attuale titolarità **23**   (d)

PRECEDENZE

- 24 Il docente usufruisce della precedenza prevista per i non vedenti? (art. 3 L.28/3/91 N.120) (c) **24**  SI  NO  (d)
- 25 Il docente usufruisce della precedenza prevista per i docenti emodializzati, art. 61 L. 270/82? (c) **25**  SI  NO  (d)
- 26 Il docente usufruisce della precedenza prevista dall'art. 21 della L. 104/92? (c) **26**  SI  NO  (d)
- 27 Il docente usufruisce della precedenza prevista per gli aventi necessità di cure a carattere continuativo? (c) **27**  SI  NO  (d)
- 28 Provincia in cui il docente usufruisce della precedenza prevista dall'art. 33, comma 6, della L. 104/92 **28**  SIGLA  (d)
- 29 Provincia in cui il docente usufruisce della precedenza prevista dall' art. 33, commi 5 e 7 L.104/92 nei limiti previsti dall'art.7 comma 1 punto V del contratto mobilità **29**  SIGLA  (d)
- La precedenza si applica alla prima fase dei trasferimenti  (d)
- 30 Il docente usufruisce della precedenza prevista per i coniugi conviventi del personale militare o che percepisce indennità di pubblica sicurezza? (c) **30**  SI  NO  (d)
- 31 Provincia per la quale il docente usufruisce della precedenza prevista dall'art. 18 della L. 3/8/99 n. 265 (art. 7, comma 1, punto VII, contratto mobilità) **31**   (d)
- 32 Provincia per la quale il docente usufruisce della precedenza a seguito della riduzione dalle aspettative sindacali (art. 7, punto VIII, contratto mobilità) **32**  SIGLA  SIGLA (d)
- 33 Il docente usufruisce della precedenza prevista per l'accesso ai corsi per adulti (corsi serali) (art.32 contratto mobilità)? (c) **33**  SI  NO  (d)
- 34 Il docente usufruisce della precedenza prevista dall'art.31 contratto mobilità? (c) **34**  SI  NO  (d)

**SEZIONE F - PREFERENZE**

**CATTEDRE ORARIO E CORSI SERALI**

**35** Richiesta cattedre articolate su più istituti (f)

**35**

- cattedre orario tra istituti dello stesso comune con esclusione delle cattedre orario tra istituti di comuni diversi
- cattedre orario tra istituti dello stesso comune e cattedre orario tra istituti di comuni diversi

A

B

**36** Le preferenze di sede espresse sono valide anche per corsi a funzionamento serale? (c)

**36**

SI NO

**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DA O SU POSTI DI SOSTEGNO**

**37** Il docente è in possesso del titolo di specializzazione? (c)

**37**

SI NO

(d)

**38** Il docente titolare su posti di sostegno è soggetto al vincolo quinquennale? (c)

**38**

SI NO

(d)

**RICHIESTA "LICEO EUROPEO"**

**39** Il docente richiede il trasferimento per i licei nei quali si prevista la sperimentazione del "Liceo Europeo"

**39**

SI NO

(d)

N.B.

Si richiama l'attenzione degli interessati sul fatto che l'attività didattica del "Liceo Europeo" si svolge sia in orario antimeridiano che in orario pomeridiano. Pertanto chi intende ottenere per trasferimento tali istituti dovrà farne espressa richiesta barrando la casella e riportando, nell'elenco delle preferenze, il codice puntuale e la denominazione dell'istituto presso il quale è prevista la sperimentazione del "Liceo Europeo".

**PREFERENZE TERRITORIALI (Trascrivere l'esatta denominazione riportata negli elenchi ufficiali)**

NUMERO D'ORDINE	DENOMINAZIONE UFFICIALE	
	CODICE	DIZIONE IN CHIARO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Data .....

FIRMA DEL DOCENTE .....

Visto: - la domanda è completa degli allegati dichiarati

IL DIRIGENTE SCOLASTICO .....