

ALLEGATO A

**Al Ministero degli Affari Esteri e della  
Cooperazione Internazionale  
D.G.S.P. Uff. V  
Piazzale della Farnesina, 1  
00135 ROMA**

Il/la sottoscritto/a.....  
(1) (cognome) (2) (nome)

nato/a il ..... a ..... prov. ....  
(3) (data) (4) (città) (5)

in servizio presso .....  
(6) (nome dell'Ambasciata o Consolato/Istituzione Scolastica /  
Università)

.....

con indirizzo in ..... n. ....  
(7) (via, piazza) (8) (numero civico)

....., ....., .....  
(9) (città) (10) (provincia) (11) (Stato)

presso la circoscrizione consolare di .....  
(12)

**DICHIARA DI**

**ACCETTARE**

**NON ACCETTARE**

il trasferimento disposto nei propri confronti.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che la non accettazione del trasferimento d'ufficio comporta la restituzione ai ruoli metropolitani.

Per ogni comunicazione il/la sottoscritto/a richiede che sia utilizzato il seguente indirizzo e si impegna a comunicare tempestivamente al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, D.G.S.P. – Uff. V qualsiasi variazione:

Indirizzo di posta certificata o e-mail.....

(13)

Il/la sottoscritto/a rilascia le suindicate informazioni sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle conseguenze di legge connesse al rilascio di dichiarazioni non veritiere alla Pubblica Amministrazione.

Data .../.../..... Firma .....

**(La firma, leggibile e apposta di proprio pugno dal candidato, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un valido documento di identità).**