**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL GENITORE[[1]](#footnote-1)**

**(cancellare le voci che non interessano**)

ATTENZIONE: la precedenza spetta anche più figli che assistano il genitore disabile

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Scuola di titolarità | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In assegnazione/utilizzo nel corrente a.s. presso | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In esubero o senza sede | Prov. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all’art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

* **di essere il/la FIGLIO/A di**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cognome Nome |
|  | Nato a Prov. |
|  | il residente nel Comune di prov. |
|  | alla via |

Che il proprio genitore risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente**, come da documentazione allegata al modulo-domanda o consegnata/inviata via PEC all’ATP di competenza (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).

* Che il proprio genitore non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
* Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all’art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all’ A.T.P., 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

**DICHIARA ALTRESÌ CHE SUSSISTONO LE SEGUENTI CONDIZIONI:**

* di aver richiesto di fruire periodicamente nell’anno scolastico in corso, dei tre giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.
* documentata impossibilità del coniuge di provvedere all’assistenza per motivi oggettivi (come da autodichiarazione allegata al modulo – domanda o consegnata/inviata via PEC all’ATP di competenza);

***OPPURE***

**Che il coniuge del disabile**

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato a Prov. |
| Il è **deceduto** in data |

1. **Per usufruire di tale precedenza è necessario esprimere come prima preferenza una o più istituzioni scolastiche comprese nel comune di assistenza. È comunque obbligatorio indicare il codice del comune di assistenza. In assenza di posti richiedibili nel comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile è obbligatorio indicare una preferenza di scuola relativa ad un comune viciniore a quello del domicilio dell’assistito con posti richiedibili.** [↑](#footnote-ref-1)