**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO ESIGENZE DI FAMIGLIA**

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

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_

Titolare su (posto- classe di concorso- sostegno)

Titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., il possesso delle seguenti **esigenze di famiglia** in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI vigente sulla mobilità **(è possibile cancellare le voci che non interessano):**

1. ***PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO (6 PP.)***
* **PER IL PERSONALE CONIUGATO (è possibile ricongiungersi al solo coniuge o parte dell’unione civile)**

di essere il coniuge/parte dell’unione civile, a cui si chiede il ricongiungimento, di

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di  |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al coniuge trasferito per lavoro**

Che Il proprio coniuge è stato trasferito per esigenze di servizio nei tre mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell’ordinanza nel comune di (prov.) con decorrenza dal

**Allegati:**

* **dichiarazione del datore di lavoro che attesti tale circostanza.**

Tale dichiarazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

* **PER IL PERSONALE NON CONIUGATO (è possibile ricongiungersi indifferentemente al genitore o al figlio)**

Di essere nubile/celibe e di richiedere RICONGIUNGIMENTO AL PROPRIO FIGLIO/GENITORE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Cognome Nome  |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di  |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al Figlio/Genitore trasferito per lavoro**

Che il proprio figlio/genitore è stato trasferito per esigenze di servizio nei tre mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell’ordinanza nel comune di (prov. ) con decorrenza dal

**Allegati:**

* **dichiarazione del datore di lavoro che attesti tale circostanza**

Tale dichiarazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

* **PER IL PERSONALE SEPARATO GIUDIZIALMENTE O CONSENSUALMENTE (è possibile ricongiungersi indifferentemente al genitore o al figlio)**

|  |  |
| --- | --- |
| Dichiaro di essere separato con atto omologato del Tribunale di  | del |

e di richiedere RICONGIUNGIMENTO AL PROPRIO FIGLIO/GENITORE

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di  |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al Figlio/Genitore trasferito per lavoro**

Che il proprio figlio/genitore è stato trasferito per esigenze di servizio nei tre mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell’ordinanza nel comune di (prov. ) con decorrenza da**l**

**Allegati:**

* **dichiarazione del datore di lavoro che attesti tale circostanza.**

Tale dichiarazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

***PUNTEGGIO PER ESISTENZA DEI FIGLI[[1]](#footnote-2) (si prescinde dalla residenza dei figli)***

1. **FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6 (pp. 4 per ogni figlio):**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il  |  A Prov. |

1. **FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18 (pp. 3 per ogni figlio):**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO (pp. 3 per ogni figlio):**

**che il figlio maggiorenne**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.**

**Allegati:**

* **certificazione sanitaria o copia autenticata della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.**

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

1. **PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE (pp. 6)**

**Che il figlio/coniuge/genitore**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | aProv. |

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste istituto di cura presso il quale il proprio figlio/coniuge/genitore sopra indicato possa essere assistito.

**Allegati:**

* **certificato rilasciato dall’istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge o del genitore.**
* **certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall’azienda sanitaria locale o dall’ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell’istituto di cura.**

Tali certificazioni devono essere scannerizzate e allegate al modulo domanda oppure consegnate/inviate all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

**che il figlio tossicodipendente**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale il medesimo può essere sottoposto a programma terapeutico e socio-riabilitativo, ovvero perché in tale comune - residenza abituale - il figlio tossicodipendente viene sottoposto a programma terapeutico con l’assistenza di un medico di fiducia.

**Allegati:**

* **certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.**

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

1. **I punteggi riferiti “al figlio” si intendono estesi anche al figlio adottivo o in affidamento preadottivo o in affidamento.Il punteggio va attribuito anche per i figli che compiono i 6 anni o i 18 anni entro il 31/12/2017.** [↑](#footnote-ref-2)