**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL FIGLIO[[1]](#footnote-2)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2016/17 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 vigente sulla mobilità:

* Di essere il/la PADRE/MADRE di

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

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL CON PROVVEDIMENTO ECC.)

* Che il proprio figlio risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OPPURE rivedibile al )**, come da documentazione allegata al modulo-domanda o consegnata/inviata via PEC all’ATP di competenza (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
* Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
* 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.

**Allegati:**

* **certificazione o copia autenticata del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art. 3 –comma 3- della Legge 104/1992.**
* **fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave.**

Tali certificazioni e documentazioni 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.

1. **Per usufruire di tale precedenza è necessario esprimere come prima preferenza una o più istituzioni scolastiche comprese nel comune di assistenza oppure l’ambito corrispondente ad esso o alla parte di esso qualora si intenda esprimere preferenze relative a scuole di altri comuni o ad altri ambiti nella provincia. In assenza di posti richiedibili nel comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile è obbligatorio indicare una preferenza di scuola o ambito relativa ad un comune viciniore a quello del domicilio dell’assistito con posti richiedibili.** [↑](#footnote-ref-2)