

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE

(Provincia di) _____

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ il _____

DOCENTE scuola dell'infanzia/primaria _____ (specificare: S. comune, Sostegno, Spec.lingua straniera)

Titolare presso _____

In servizio nell'anno scol. _____ (1) presso _____

DOCENTE scuola media/ istituto di secondo grado classe di concorso _____ / sostegno _____

Titolare presso _____

In servizio nell'anno scol. _____ (1) presso _____

A.T.A.: qualifica _____ (specificare se DSGA, Ass. Amm/vo,...)

Titolare presso _____

In servizio nell'anno scol. _____ (1) presso _____

Visto il C.C.N.I. sulle utilizzazioni e/o assegnazioni provvisorie del personale docente, educativo ed ATA per il prossimo anno scolastico, avendo chiesto di beneficiare delle precedenzae previste dagli artt. 8 e 19 del predetto contratto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 come modificato ed integrato dall'art. 15 legge n. 3 del 16.01.03.

DICHARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 come modificato ed integrato dall'art. 15, L. n. 3/16.1.2003:

- Di essere nelle seguenti condizioni previste dagli artt. 8 e 19 del C.C.N.I., comma 1 - punti I e/o III :

- Di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/coniuge/figlio unico/ parente o affine entro il terzo grado (1) con il/la Sig. _____, portatore di handicap in situazione di gravità, nat__ a _____ il _____, domiciliato nel comune di _____;
- Che il/la Sig. _____ non è ricoverat__ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Di svolgere nei confronti del/della Sig. _____ attività di assistenza continuativa ed esclusiva;
- Che il/la Sig. _____ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
- Di essere l'unico parente o affine entro il terzo grado convivente (1) (2) ;
- Di essere figlio unico o il solo figlio convivente o unico parente o affine entro il terzo grado (1) in grado di portare assistenza in quanto gli altri figli o parenti _____ (3), come da allegata autocertificazione di ciascuno di essi, non sono in grado, per ragioni oggettive, di prestare l'effettiva e continuativa assistenza;
- Di essere domiciliat__ nel comune di _____ con il soggetto portatore di handicap.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ firma(4) _____

Note:

- (1) Cancellare la voce che non ricorre. Tale univocità (in presenza di altri fratelli o affini - art.7 punto IV CCNI), deve essere documentata con autodichiarazione; analogamente per che esercita la tutela legale.
- (2) Nel caso di un solo parente che convive col soggetto disabile, non sono necessarie le autocertificazioni degli altri;
- (3) Indicare le generalità dei fratelli/sorelle o affini entro il terzo grado;
- (4) La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti la normale certificazione richiesta o destinata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentano.