

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DOCENTE scuola dell'infanzia/primaria \_\_\_\_\_ ( Posto comune/ Sostegno/ Spec.lingua straniera)

DOCENTE scuola secondaria di I grado classe di concorso \_\_\_\_\_ / sostegno \_\_\_\_\_

NON DOCENTE: qualifica \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PER L'ANNO SCOLASTICO 2016/17 presso: \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 .12.2000, come integrato dall'art. 15 della L. n. 3 del 16.01.2003

- Di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/genitore adottivo/genitore affidatario/coniuge/figlio unico/ fratello o sorella convivente (1) con il/la Sig. \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ , domiciliat\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) disabile in situazione di gravità come da allegata certificazione al riguardo;
- Che i genitori sig. \_\_\_\_\_ e sig.ra \_\_\_\_\_ dell' stess\_ Sig. \_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_, ovvero sono impossibilitati ad occuparsi del figli\_ perchè totalmente inabili, come risulta dalla documentazione allegata alla presente dichiarazione;
- 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;
- Che il/la Sig. \_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Di essere convivente con il/la suddett\_\_ sig. \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_);
- Di essere l'unico figlio che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art.42 comma 5 D.Lgs 151/2001;
- Che, ai fini di poter fruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali, \_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ nominat\_\_ in ruolo o avendo instaurato rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato nell'anno \_\_\_\_\_, ha interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa al sig. \_\_\_\_\_ coniuge / genitore / figl\_ come da allegata documentazione.

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(2) \_\_\_\_\_

Note:

- (1) Cancellare le voci che non interessano. Nel caso di presenza di altri fratelli e di un solo figlio in grado di prestare assistenza, tale unicità deve essere documentata con autodichiarazione da parte di ciascun figlio, tranne il caso che il figlio richiedente la precedenza sia l'unico a convivere con il soggetto disabile.**
- (2) 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.**