**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  | | | | |
| Nato / a a | |  | | Prov. |  | il |
| Residente a | |  | | Prov. | Via | |
| E mail |  | | Tel. | | | Cell. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno) | | | | | | |

**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 per l’a.s. 2018/19:

**PER ASSITENZA AL CONIUGE[[1]](#footnote-1)**

**E PER TALE MOTIVO DI ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA DI ISTITUTO**

* Di essere il **CONIUGE/PARTE DELL’UNIONE CIVILE** di

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

* Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OVVERO RIVEDIBILE AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**, come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
* Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

**Allegati (**se non già depositati agli atti dell’Istituzione Scolastica**)**

* certificazione o copia 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.

Data,

(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

================================================================================================================================================================================================

**PER ASSITENZA AL FIGLIO**

**E PER TALE MOTIVO DI ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA DI ISTITUTO**

* Di essere il/la PADRE/MADRE di

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

(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 consegnata/inviata alla scuola di titolarità (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.

**Allegati (**se non già depositati agli atti dell’Istituzione Scolastica**)**

* certificazione o copia 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.

Data,

(firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che il comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile sia all’interno dell’ambito in cui è ubicata la scuola di titolarità. In caso contrario il docente è obbligato a produrre domanda di trasferimento indicando una preferenza di scuola o ambito relativa al comune in cui è domiciliato l’assistito. [↑](#footnote-ref-1)