**Dichiarazione personale non allontanamento dai familiari bisognevoli di cure**

**(il comune di residenza del familiare coincide con il comune di titolarità del docente)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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., il possesso delle seguenti esigenze di famiglia **(lettera D**) del CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2018/19:

(**Barrare le caselle e compilare le sezioni che interessano**)

1. ***PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI di CURE (6 PP.)***

che il figlio/genitore/coniuge o parte dell’unione civile

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato a Prov. il |
| può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di Prov. |

che il figlio tossicodipendente

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato a Prov. il |
| può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di Prov. |

Allegati:

* Certificato rilasciato dall’istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del genitore, figlio, del coniuge o parte dell’unione civile;
* 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.

**DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma)**