**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZONE DEL PUNTEGGIO ESISTENZA FIGLI**

**(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 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 (**LETTERE B e C**) in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2018/19 (è possibile cancellare le voci che non interessano):

* FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6 (pp. 4 per ogni figlio):

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. il |

* FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18 (pp. 3 per ogni figlio

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. il |

* FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO (pp. 3 per ogni figlio):

che il figlio maggiorenne

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. il |

risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.

Allegati: certificazione sanitaria o copia della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.

Data,

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