

DICHIARAZIONE PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI DELLA LEGGE 104/92 AI FINI DELL'ESCLUSIONE DALLA
GRADUATORIA INTERNA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI **DOCENTI SOPRANNUMERARI** PER L'A.S. 2019/20

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a..... (.....) il

residente a..... (.....)

docente di.....(classe di concorso.....)

titolare presso codesto Istituto dall'a.sc./....., a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione (art. 26 della Legge 15/68 e art. 489 del Codice Penale),

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 DEL 28.12.2000, -modificato e integrato dall'art. 15 della Legge 16.01.2003 n. 3 - , ai fini dell'esclusione dalle graduatorie interne per l'individuazione dei **docenti soprannumerari** per l'anno scolastico 2015/16, come previsto dall'O.M. n. ____ del _____ sulla mobilità del personale docente, educativo e ATA a tempo indeterminato della scuola e dal CCNI sulla mobilità sottoscritto il _____:

- di trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, ovvero 33, sesto comma, Legge 104/92, come da certificazione presentata ed allegata al proprio fascicolo personale di codesto Istituto;
(oppure.....)

- che il /la Sig.....

nat... a(.....) il/...../.....

residente a..... in via n.....,

di cui è allegata la certificazione comprovante la condizione di disabile in situazione di gravità di cui all'art. 33, comma 5, ovvero comma 7 legge 104/92, si trova nel seguente rapporto di parentela nei confronti del sottoscritto: figlio. coniuge. genitore (*cancellare le voci che non interessano*);

- di essere domiciliato con la suddetta persona nel Comune di.....

- che a favore della sopradicata persona il/la sottoscritto/a presta attività di assistenza dal.....;

- chel.....Sig.....non è ricoverat..... a tempo pieno presso alcun Istituto specializzato;

- di essere anagraficamente l'unico figlio/a o sorella/fratello (*cancellare la voce che non interessa*) del suddetto soggetto in situazione di gravità;

- di essere il/la solo/a figlio/a in grado di prestare assistenza in quanto i seguenti altri figli

.....
pur convivendo con il genitore sopra indicato, non sono in grado di effettuare assistenza al genitore disabile, per le ragioni esclusivamente oggettive riportate nell'autocertificazione allegata rilasciata da ciascun figlio (*cancellare le voci che non interessano*);

- di essere l'unico figlio convivente con il genitore da assistere in quanto gli altri fratelli o sorelle non convivono con il genitore (*cancellare le voci che non interessano*);

- di essere fratello o sorella convivente con il suddetto soggetto disabile, e che i genitori dello stesso sono scomparsi, ovvero sono impossibilitati ad occuparsi del/della figlio/a perché totalmente inabili, come da documentazione allegata (*cancellare le voci che non interessano*).

DATA.....

FIRMA DEL DOCENTE.....

ALLEGATI:
