

DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI PER CURE CONTINUATIVE
(cancellare le voci che non interessano)

Il/La sottoscritto/a	<hr/>	
Nato/a	<hr/> Prov.	
il	<hr/>	
residente a	<hr/> Prov.	
Via	<hr/> Cap.	
	<hr/>	
Email e numero di tel.	Email	numero tel.
	<hr/>	
Titolare (posto/classe di concorso/sostegno)	<hr/>	

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., di fruire della **precedenza in base all'art 13/1 punto III** del CCNI sulla mobilità per l'a.s. 2019/20:

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

- di essere residente

nel Comune di

prov.

alla via

- Che l'istituto di cura è ubicato

nel Comune di

prov.

DATA

FIRMA

Allegati (se non consegnati/inviati precedentemente alla scuola di titolarità) :

- **Certificazione o copia autenticata dell'ASL attestante la grave patologia.**
- **Certificazione o copia autenticata delle cure che si stanno effettuando nell'Istituto di cura indicato nella certificazione.**