

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER
ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA¹
(cancellare le voci che non interessano)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

Prov. _____

il _____

residente a _____

Prov. _____

Via _____

Cap. _____

Email e numero di tel. _____

Email _____

numero tel. _____

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.
2019/20:

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

- Di essere il/la **FRATELLO/SORELLA** di

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____

Prov. _____

Il _____

residente nel Comune di _____

prov. _____

alla via _____

- Che il/la proprio/a fratello/sorella 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/la proprio/a fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

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.

- Di convivere² con il/la fratello/sorella nel

Comune di _____ Prov. _____ via _____

- Che i propri genitori sono scomparsi:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ prov _____

Deceduto il _____

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ prov _____

Deceduto il _____

OPPURE

Che i propri genitori:

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ prov _____

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ prov _____

Sono impossibilitati ad occuparsi del figlio disabile **perché totalmente inabili**.

Si allega/invia idonea documentazione di invalidità.

DATA _____

FIRMA _____

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

- 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;
- (eventuale) documentazione di invalidità dei genitori corredata da documenti di riconoscimento.

² Si riconduce il concetto di convivenza a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso comune, riferita allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se interni diversi (Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 18 febbraio 2010, prot. 3884). Il requisito della convivenza potrà ritenersi soddisfatto anche nei casi in cui sia attestata, mediante la dovuta dichiarazione sostitutiva, la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del d.P.R. n. 223 del 1989, pur risultando diversa la dimora abituale (residenza) del dipendente o del disabile (Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del febbraio 2012).