# Allegato 1

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA D’ISTITUTO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO**

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Polo 2 -NARDO’

\_l\_ sottoscritt\_ nat\_ a il

 in servizio per il corrente a.s. presso codesto Istituto in qualità di

 (posto/classe di concorso/sostegno), in riferimento a quanto previsto del Titolo I art. 13 commi 1 e 2 del C.C.N.I. 2019/2022, concernente la mobilità del personale docente educativo ed A.T.A. (Esclusione dalla Graduatoria d’Istituto per l’individuazione dei perdenti posto)

# dichiara sotto la propria responsabilità

***(a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 e modificato dall’art. 15 della legge 12 novembre 2011, n.183)***

di aver diritto all’esclusione dalla graduatoria d’istituto per l’identificazione degli eventuali perdenti posto, da trasferire d’ufficio, in quanto beneficiario delle precedenze previste per il seguente motivo:

(***barrare la voce d’interesse ed allegare il mod di pertinenza***)

# (punto I)

DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE

**(allegare certificazione medica se non consegnata/inviata precedentemente alla scuola di titolarità )**

# (punto III)

PERSONALE CON DISABILITA' E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE

(**allegare Mod. A**)

# (punto IV)

Spuntando una delle seguenti condizioni dichiara di aver presentato/ o che presenterà, per l’anno scolastico 2020/2021, domanda volontaria di trasferimento per il comune di

 , dove risiede il familiare assistito

ASSISTENZA AL CONIUGE, ED AL FIGLIO CON DISABILITA', FRATELLO O SORELLA;

(**allegare o Mod. B o Mod. C o Mod. D** )

ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO REFERENTE UNICO AL GENITORE CON DISABILITA';

(**allegare Mod. E** )

ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE:

(**allegare Mod. F** )

# (punto VII)

PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI

DATA FIRMA \_

# Mod. A DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI PER CURE CONTINUATIVE

**(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., 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.**

**Mod. B DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL CONIUGE1**

**(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 **CONIUGE/PARTE DELL’UNIONE CIVILE** di

Cognome Nome

Nato/a a Prov.

Il residente nel Comune di prov.

* + Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OVVERO RIVEDIBILE AL )**, come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
* Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

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.**

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.**

# Mod. C DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL FIGLIO1

**(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 PADRE/MADRE di

Cognome Nome

Nato/a a Prov.

Il residente nel Comune di Prov.

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL CON PROVVEDIMENTO ECC.)

* + - Che il proprio figlio 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 proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a

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.**

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.**

# Mod. D DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA 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).**

# Mod. E DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL GENITORE1

**(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 FIGLIO/A di**

Cognome Nome

Nato a Prov.

il residente nel Comune di prov.

alla via

* Che il proprio genitore risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente**, come da documentazione allegata al modulo- domanda o consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
* Che il proprio genitore non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

# DICHIARA ALTRESÌ CHE SUSSISTONO LE SEGUENTI CONDIZIONI:

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.**

* Essere l’unico soggetto che ha chiesto di fruire per l’intero anno scolastico dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art.42 comma 5 del D.L.vo151/2001.
* documentata impossibilità del coniuge di provvedere all’assistenza per motivi oggettivi (come da autodichiarazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità);

## OPPURE

**Che il coniuge del disabile**

Cognome Nome

Nato a Prov.

Il è **deceduto** in data

* impossibilità da parte di ciascun altro figlio di effettuare l’assistenza al genitore disabile in situazione di gravità per ragioni esclusivamente oggettive (come da autodichiarazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità);

## OPPURE

* Di essere l’unico figlio convivente2 con il genitore disabile nel Comune di Prov. alla via

e che per tali ragioni non si allegano le autodichiarazioni degli altri fratelli/sorelle.

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 NON RIVEDIBILE 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;**
* **(eventuali) dichiarazioni del coniuge e/o degli altri figli corredate da documenti di riconoscimento.**

2 **L’autodichiarazione rilasciata dagli altri figli non è necessaria laddove il figlio richiedente la precedenza in qualità di referente unico, sia anche l’unico figlio convivente con il genitore disabile. 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).**

# Mod. F

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI PER LA TUTELA LEGALE1**

**(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 **TUTORE LEGALE** di

Cognome Nome

Nato/a a Prov.

il residente nel Comune di prov.

Con provvedimento giudiziario del Tribunale di

Del come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità.

DATA FIRMA

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

* **copia del provvedimento giudiziario del Tribunale;**
* **copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del soggetto a cui si presta la legale tutela.**

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.**