

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 19\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_, in qualità di  
(Dir. Did. / Scuola / Istituto / A.T.P.)

[ CS / Ass.Amm / AT / ins. infanzia / ins. primaria / **per i professori : SOLO classe di concorso** ] \_\_\_\_\_, ai fini di quanto previsto dall'art. 5 dell'O.M. 446/97, dall'art. 12 bis del Dec. Leg.vo 61/2000, dall'art. 73 della L. 133/2008 e dalla C.M.P.A.I. n. 8/2008,

### **dichiaro/autocertifico**

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e ss.ii. e mm. e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo DPR. 445/2000),

[ barrare, quando previsto, la/e casella/e che interessa/no ]

☐ **1) di avere comunque diritto** alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale **verticale od orizzontale** in quanto lavoratore/trice affetto/a da **patologie oncologiche**, con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita (ex art. 12-bis del Dec. Leg.vo 61/2000). All'uopo **si allega il certificato** di accertamento da parte **della competente commissione medica** istituita presso l'azienda unità sanitaria locale.

**2) di possedere al 15/03/2015 una anzianità di servizio** di ruolo e pre ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera pari ad **aa.** \_\_\_\_\_, **mm.** \_\_\_\_\_, **gg.** \_\_\_\_\_ [ *come risultante dal fascicolo informatico al SIDI* ]

☐ **3) di aver usufruito di periodi di aspettativa senza assegni** pari a **aa.** \_\_\_\_\_, **mm.** \_\_\_\_\_, **gg.** \_\_\_\_\_ [ *come risultante dal fascicolo informatico al SIDI* ]

**4) di avere diritto alla/e seguente/i precedenza/e in quanto** (cfr art. 3, comma 3, O.M. 446/97)

- ☐ **4a)** sono portatore di handicap o di invalidità;
- ☐ **4b)** ho persone a carico (legge 11 febbraio 1980, n. 18)
- ☐ **4c)** ho familiari a carico portatori di handicap;
- ☐ **4d)** ho figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- ☐ **4e)** assisto familiare/i portatore/i di handicap;
- ☐ **4f)** ho superato i sessanta anni di età e/o ho compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
- ☐ **4g)** ho motivate esigenze di studio.

\_\_\_\_\_/03/2015

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

☐ si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)

**oppure**

☐ ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/03/2015

\_\_\_\_\_  
[ cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione ]

\_\_\_\_\_  
[ firma del dipendente addetto alla ricezione ]

(I dati personali contenuti nel presente modello saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm.)