

(Provincia di) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DOCENTE scuola materna/elementare \_\_\_\_\_ (specificare: S. comune, Sostegno, Spec.lingua straniera)

Titolare presso \_\_\_\_\_

In servizio nell'anno scolastico corrente presso \_\_\_\_\_

DOCENTE scuola media/ istituto di secondo grado classe di concorso \_\_\_\_\_ / sostegno \_\_\_\_\_

Titolare presso \_\_\_\_\_

In servizio nell'anno scolastico corrente presso \_\_\_\_\_

A.T.A. : qualifica \_\_\_\_\_ (specificare se D.S.G.A., Ass. Amm/vo,...)

Titolare presso \_\_\_\_\_

In servizio nell'anno scolastico corrente presso \_\_\_\_\_

Aspirante al trasferimento per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ (1) avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5, 7 della legge 104/92, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 come modificato ed integrato dall' art.15 legge n.3 del 16.01.03.

## DICHARA

Ai sensi dell'art. 46 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000 come modificato ed integrato dall'art.15 l. n.3/16.01.03.:

- Di avere il seguente rapporto di parentela (genitore/genitore adottivo/coniuge/figlio unico/unico fratello o sorella) o di esercitare la tutela legale (2) nei confronti del/della Sig. \_\_\_\_\_ , portatore di handicap in situazione di gravità, nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- Che il/la Sig. \_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- Di svolgere nei confronti del/della Sig. \_\_\_\_\_ attività di assistenza continuativa ed esclusiva;
- Che il/la Sig. \_\_\_\_\_ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
- Di essere figlio unico (2);
- Di essere il solo figlio in grado di prestare assistenza in quanto gli altri figli \_\_\_\_\_ (3) come da allegata autocertificazione di ciascuno di essi non sono in grado per ragioni oggettive di prestare l'effettiva e continuativa assistenza (2);
- Di essere il solo fratello o sorella convivente nel Comune di \_\_\_\_\_ in grado di prestare assistenza in sostituzione dei genitori scomparsi o impossibilitati ad occuparsi del fratello o sorella handicappato perché totalmente inabili (C.C. 233/05) in quanto gli altri fratelli o sorelle \_\_\_\_\_ (3) come da allegata autocertificazione di ciascuno di essi non sono in grado per ragioni oggettive di prestare l'effettiva e continuativa assistenza (2);
- Di essere domiciliat \_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ con il soggetto portatore di handicap.
- Altro \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_ firma(4) \_\_\_\_\_

Note:

- (1) Anno scolastico successivo a quello in corso;
- (2) Cancellare la voce che non ricorre. Nel caso di solo figlio o il solo fratello o sorella (C.C. 233/05), tale univocità (in presenza di altri fratelli/sorelle - art.7 punto V CCNI -), deve essere documentata con autodichiarazione, analogamente per chi esercita la tutela legale.
- (3) Indicare le generalità dei fratelli/sorelle
- (4) La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti la normale certificazione richiesta o destinata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentano.