



TRENTINO

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istruzione primaria e secondaria

ALLEGATO LEGGE 104

Al Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola
Ufficio Rapporto di lavoro e mobilità del personale della scuola – **TRENTO**

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA DISABILE AI FINI DELLA PRECEDENZA L. 104/92 - ART. 33 - COMMI 5 e 7

Il/la sottoscritto/a nato/a a prov. il

residente nel comune di via / n.

titolare presso su tipo di posto/cl. conc.

in servizio presso su tipo di posto/cl. conc.

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28/12/ 2000, N°445)

sotto la propria responsabilità DICHIARA
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

di usufruire della precedenza di cui ai commi 5 e 7 dell'art. 33 Legge 104/92 in quanto:

- *il/la sig. (Cognome e Nome)* nato/a a *(Luogo e provincia)* il

con il/la quale ha il seguente rapporto di parentela:

residente e domiciliato nel Comune di , via , n.

domiciliato (*) nel Comune di , via , n. *

(presentare questa dichiarazione se viene chiesto l'avvicinamento al Comune, diverso dalla residenza, dove il soggetto disabile è **stabilmente** presente)*

dal giorno

è soggetto disabile in situazione di gravità e non è ricoverato a tempo pieno in un Istituto specializzato

Allega a tal fine certificato della commissione medica funzionante presso l'A.S.L. o L'A.P.S.S. rilasciato in data

DICHIARA, inoltre,

*nel caso di **“ASSISTENZA AL GENITORE”** :*

di aver chiesto di fruire, per il corrente anno scolastico, di almeno 1 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza oppure del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001 ;

DICHIARA, inoltre,

nel caso di “**ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA**”:

- di convivere con il proprio fratello/sorella disabile in situazione di gravità;
- che i propri genitori sono deceduti;
- che i propri genitori non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili (*allegare certificazione*);
- che un genitore è deceduto e l'altro non è in grado di prestare assistenza perché totalmente inabile (*allegare certificazione*);

N.B.: Allegare le certificazioni di disabilità e di inabilità dichiarate

- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento U.E. n. 679 del 2016**

(n.b.: l'informativa deve essere sottoscritta, scannerizzata e allegata alla domanda di mobilità in formato .pdf)

ISTRUZIONI PER IL SALVATAGGIO DELLA MODULISTICA COMPILATA:

Dopo aver compilato il modulo, salvarlo nel proprio pc e utilizzare successivamente la stampante virtuale 'PDFCreator' per creare un file non più modificabile, da inoltrare all'amministrazione.