

DICHIARAZIONE PERSONALE

PRECEDENZE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Contatti:

- E-mail: _____

- Telefono: _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 445/2000 e s.m.i., **di fruire della precedenza per:**

di essere personale scolastico docente non vedente (art. 3 della Legge 28 marzo 1991 n. 120)

di essere personale emodializzato (art. 61 della Legge 270/82)

Come da certificazione medica allegata.

Di essere personale trasferito d'ufficio negli ultimi dieci anni richiedente il rientro nella scuola o istituto di precedente titolarità

Dichiaro

Di essere stato trasferito d'ufficio/con domanda condizionata dalla seguente scuola di ex titolarità _____

l'anno scolastico _____

Di aver presentato domanda per il rientro in predetta scuola/comune di titolarità negli anni scolastici:

1. _____;

2. _____;

3. _____;
4. _____;
5. _____;
6. _____;
7. _____;
8. _____;
9. _____;
10. _____.

di essere personale con disabilità personale e invalidità superiore ai 2/3 o minorazioni (categorie 1^a, 2^a, 3^a tab. A, L. 648/1950) - ART. 21, L. 104/92

Residenza nel Comune di _____ (Prov. _____) – Via

Allegati:

- Certificazione/verbale medico attestante disabilità (art. 3, comma 1 oppure art. 3, comma 3 L. 104/92);
- Certificazione/verbale medico attestante invalidità pari o > 2/3

di essere personale con grave patologia con cure continuative

Residenza nel Comune di _____ (Prov. _____) – Via

Istituto di cura nel Comune di _____ (Prov. _____)

Allegati:

- Certificazione ASL attestante la grave patologia
- Certificazione cure presso l'istituto di cura

di essere personale con disabilità personale con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92)

Residenza nel Comune di _____ (Prov. ____) – Via

Allegato

- Certificazione/verbale medico (art. 3, comma 3, L. 104/92)

di essere personale che assiste un familiare con disabilità grave (art. 33, commi 3, 5, 7, L. 104/92)

Relazione con il disabile (barrare):

- Genitore (*assistenza al figlio*) - lettera g)**
- Tutore legale (allego copia del provvedimento giudiziario) - lettera g)**
- Fratello o sorella convivente in sostituzione del genitore - lettera g)**

A tal fine dichiaro

di essere convivente con mio fratello/sorella alla via _____
nel Comune di _____ Provincia (____)

Che il genitore o entrambi i genitori

PADRE

(COGNOME) _____ (NOME) _____
nato a _____ il _____

MADRE

(COGNOME) _____ (NOME) _____
nata a _____ il _____

- È scomparso
- Sono scomparsi

oppure

- Ha patologie invalidanti
- Hanno patologie invalidanti
(come da documentazione allegata)

oppure

- Ha compiuto i 65 anni di età
- Hanno compiuto i 65 anni di età

Coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto - lettera h)

Figlio (*assistenza al genitore*) - lettera i)

Fratello o sorella non convivente - lettera m-bis

A tal fine dichiaro che entrambi i genitori

PADRE

(COGNOME)_____ (NOME)_____

nato a _____ il _____

MADRE

(COGNOME)_____ (NOME)_____

nata a _____ il _____

È scomparso

Sono scomparsi

oppure

Ha patologie invalidanti

Hanno patologie invalidanti

(come da documentazione allegata)

oppure

Ha compiuto i 65 anni di età

Hanno compiuto i 65 anni di età

Parente/affine entro il secondo grado: nipoti (figli dei figli), nonni, suocero, genero e nuora, sorella e fratello del coniuge - lettera n)

Parente/affine entro il terzo grado (qualora i genitori o il coniuge o parte dell'unione civile della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (nella sola condizione di assenza di parenti o affini di grado inferiore) o unico affidatario di persona con disabilità in situazione di gravità): zii e nipoti (figli di un fratello o una sorella), zia e zio del coniuge - lettera n)

Dati del familiare assistito:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente o domiciliato a _____ - Prov. _____

Dichiara che il familiare:

Non è ricoverato a tempo pieno

Non usufruisce di assistenza domiciliare ASL

Dichiara che la certificazione/verbale medico

Ha carattere permanente/definitivo

oppure

Ha carattere rivedibile al _____

Allegato:

Certificazione/verbale medico (art. 3, comma 3, L. 104/92)

Per assistenza al (barrare)

Genitore

Fratello o sorella non convivente

Parente/affine entro il secondo grado

Parente/affine entro il terzo grado

Dichiara, inoltre, di aver prodotto, entro la scadenza della domanda, la documentazione relativa:

alla fruizione permessi art. 33, c. 3, L. 104/92

oppure

al congedo straordinario art. 42, c. 5, D.Lgs. 151/2001

di essere genitore di figlio fino a 6 anni

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. ___) il _____

Residente nel Comune di _____ (Prov. _____)

Via _____

Sono presi in considerazione i figli che compiono i sei anni tra il 1° gennaio e il 31 dicembre dell'anno in cui si effettua il movimento.

di essere genitore di figlio da 7 a 16 anni – solo per assegnazioni provvisoria per altra provincia

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ (Prov. ___) il _____

Residente nel Comune di _____ (Prov. _____)

Via _____

Sono presi in considerazione i figli che compiono i sedici anni tra il 1° gennaio e il 31 dicembre dell'anno in cui si effettua il movimento.

Di essere personale cessato a qualunque titolo dal collocamento fuori ruolo (solo personale docente)

Di essere personale dichiarato inidoneo a svolgere mansioni nel proprio profilo che svolge mansioni di altro profilo e che chiede l'utilizzazione nella scuola di precedente utilizzazione (solo personale ATA);

Di essere personale coniuge di militare o di categoria equiparata (limitatamente alla fase delle assegnazioni provvisorie)

di essere il coniuge/parte dell'unione civile di

(COGNOME)_____ (NOME)_____
nato/a a _____ il _____ domiciliato/a/residente
nel comune di _____ (_____) alla
via _____ appartenente alla seguente categoria militare o
categoria equiparata _____

che il proprio coniuge/parte dell'unione civile è stato trasferito d'autorità

alla sede di servizio _____ ubicata nel comune
di _____ prov. _____ a decorrere
dal _____

oppure

ha eletto domicilio all'atto del collocamento in congedo nel comune di
_____ prov. _____ a decorrere dal

(Si allega dichiarazione del proprio coniuge/parte dell'unione civile in cui lo stesso dichiara la convivenza con il richiedente).

di essere personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti locali (limitatamente alla fase delle assegnazioni provvisorie)

Dichiaro

Di rientrare nel personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti locali (compresi i consiglieri di pari opportunità) e di svolgere il proprio mandato amministrativo

In qualità di _____ nel comune di _____ (____)

di essere personale che riprende servizio al termine dell'aspettativa sindacale di cui al CCNQ sottoscritto il 4.12.2017 e successive modificazioni ed integrazioni