

DICHIARAZIONE PERSONALE

ESIGENZE DI FAMIGLIA

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome:

Nato/a a (Prov.) il

Residente a (Prov.) - Via - CAP

Contatti:

- E-mail:

- Telefono:

DICHIARA, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

A) RICONGIUNGIMENTO A FAMILIARE

Di richiedere il ricongiungimento al seguente familiare (barrare la voce che interessa):

Coniuge (anche non convivente)

Parte dell'unione civile (anche non convivente)

Genitore (anche non convivente)

Figlio minorenni (anche non convivente)

Figlio maggiorenne con disabilità (anche non convivente)

Convivente di fatto di cui alla legge 76/2016 (risultante da certificazione anagrafica)

Parente/affine convivente (risultante da certificazione anagrafica)

Familiare con disabilità grave ai sensi dell'art. 33, commi 3, 5 e 7 della legge 5 febbraio 1992 della legge n. 104/1992, anche non convivente (coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto, parente o affine entro il secondo grado ovvero, nei casi previsti dalla legge, entro il terzo grado).

In quest'ultimo caso dichiara di aver presentato documentazione, entro la data di scadenza delle domande, per:

Fruire dei permessi retribuiti ex art. 33, comma 3, L. 104/1992 oppure

Beneficiario del congedo straordinario ex art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001

Dati del familiare:

Cognome e nome:

Nato/a a (Prov.) il

Residente nel Comune di (Prov.) dal

- Iscrizione anagrafica antecedente di almeno 3 mesi rispetto alla scadenza della domanda (con eccezione di ricongiungimento al figlio nato nei tre mesi antecedenti)

Il coniuge è stato trasferito per esigenze di servizio nel Comune di
(Prov.) con decorrenza dal

Allegato: dichiarazione del datore di lavoro

B) PUNTEGGIO PER FIGLI

Figli minori di 6 anni:

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

Figli di età compresa tra 7 e 18 anni:

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

Figli maggiorenni con disabilità

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

Figli maggiorenni totalmente o permanentemente inabile a proficuo lavoro:

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

Allegato: certificazione ASL o commissione medica che attesti l'inabilità

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

Allegato: certificazione ASL o commissione medica che attesti l'inabilità

C) PUNTEGGIO PER BISOGNO DI CURE SANITARIE

figlio/coniuge/genitore:

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- Che necessita di cure da effettuarsi esclusivamente nel Comune di (Prov.)

- Motivo: nella sede di titolarità non è presente istituto di cura idoneo

Allegati:

Certificato di ricovero permanente

Certificato medico (ente pubblico o ASL) che attesti la necessità di cure continuative nel comune richiesto

Il figlio tossicodipendente:

- Cognome e nome:

- Nato/a a il (Prov.)

- È in trattamento terapeutico e può essere assistito esclusivamente nel Comune di (Prov.)

- Motivo: assenza di strutture idonee nella sede attuale di titolarità

Allegato: certificazione rilasciata dalla struttura riabilitativa pubblica o privata

_____ lì _____