

PLURIDICHIARAZIONE PERSONALE E ASSISTENZA PER USUFRUIRE DELLA PRECEDENZA L.104/92

ARTT:33 COMMI 5 E 7 E\O 33 COMMA 6 E\O ART 21

Consapevole delle personali responsabilità ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 si precisa quanto segue:

Il/La sottoscritt _____ nat a _____ il _____

DOCENTE scuola dell'infanzia/primaria _____ Posto comune\sostegno _____

Titolare presso _____

In servizio nell'anno scol. _____ presso _____

DOCENTE scuola secondaria di 1°grado/ classe di concorso _____ / _____

corrispondente posto di sostegno _____

DOCENTE scuola secondaria di secondo grado classe di concorso _____ / _____ corrispondente

elenco di sostegno Area _____

Titolare presso _____ DOS provincia _____

In servizio nell'anno scol. _____ presso _____

Aspirante alla domanda di trasferimento/ passaggio di ruolo/ cattedra/ classe di concorso , per l'anno scolastico _____, **avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista:**

- dall'art. 33 commi 5, 7 della legge 104/92,
- e\o DELLA precedenza per motivi personali direttamente ai sensi de gli artt 33 comma 6
- e\o art 21 ,

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 e successivi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 :

(cancellare la dichiarazione non necessaria)

- Di essere titolare diretto dei benefici previsti ai sensi della legge 104\91 come disabile in situazione di gravità (art 33 comma 6) come da documentazione in allegato e \o di avere necessità di cure continuative presso il comune di _____ per _____
- di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/coniuge/figlio /sorella/fratello - altro _____ con il/la Sig. _____, disabile in situazione di gravità, nat a _____ il _____ ;
- di prestare assistenza in qualità di referente unico al/alla Sig. _____ e pertanto di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;

- di fruire e\o aver fruito dei permessi per assistenza L 104 art 33 c. 5/7 previsti per legge con domanda depositata presso l'istituto _____
- che il/la Sig. _____ non è ricoverat__ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il/la Sig. _____ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;

- di essere domiciliat __ nel comune di _____ con il soggetto disabile;
- di essere residente/convivente _____ con il soggetto disabile nel comune di _____ alla via _____;
- di essere anagraficamente l'unico figlio/fratello/sorella del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza;
- che il coniuge del suddetto disabile non è in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;
- di essere l'unico figlio /fratello/sorella / parente del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare assistenza continuativa in quanto _ altr_ fratell_/sorell_ parenti \affini _____ come da dichiarazion_ allegat_ alla domanda, non sono in grado di effettuare l'assistenza per ragioni **esclusivamente oggettive**;
- di essere parente unico o affine, unico delegato all'assistenza del soggetto disabile in situazione di gravità e bisognoso di cure e assistenza continuative, (in qualità di _____)
coniuge/fratello/sorella /genitore.....
- di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico 2011-2012 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza e che nessun altro parente o affine ne ha fruito nel corrente anno scolastico,
ovvero di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire del congedo straordinario ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 151/2001_____;
- Di presentare / aver presentato regolare domanda di trasferimento per avvicinamento al soggetto disabile assistito/ da assistere nel comune di _____,

(solo nel caso di titolarità in comune diverso da quello in cui risiede il soggetto disabile assistito)

Il/la sottoscritt_ comunicherà ogni variazione all'attuale situazione .

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 _____