**DICHIARAZIONE PERSONALE PER CHI BENEFICIA DI LEGGE 104/1992**

Il/La sottoscritto/a ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a

a il

(prov. di ) titolare con contratto a tempo indeterminato presso la

in servizio presso

con la qualifica di , ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3, e ai sensi dell’O.M. sui trasferimenti, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace:

**D I C H I A R A**

- che il/la sottoscritto/a si trova nelle condizioni di cui all’art. 21 ovvero art. 33, sesto comma, ex Legge 104/92, come da allegata certificazione al riguardo;

-che il/la sig./ra………………………………….………………nato/a…………………………………… (……)

il ……………………. di cui è allegata la certificazione comprovante il trovarsi nelle condizioni di cui all’art.33, comma 5, ovvero comma 7 ex Legge 104/92:

* è figlio/a
* è coniuge;
* è genitore residente in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

(solo per trasferimenti nell’ambito della provincia vedi art. 7 CCNI punto V);

1. Allo/a stesso/a lo/a scrivente presta assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva, globale e perrmanente, in quanto non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

E dichiara di essere l’unico/a ad aver chiesto di fruire per l’intero anno scolastico dei tre giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza;

1. di essere l’unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile;
2. di essere il/la solo/a figlio/a in grado di prestare assistenza in quanto i seguenti altri figli:

…………………………….…………………………………………………………………………………………... non sono in grado di effettuare l’assistenza al genitore disabile in situazione di gravità, per le ragioni oggettive riportate nell’autocertificazione allegata rilasciata da ciascun figlio;

1. di essere fratello o sorella convivente con il sig. , disabile in situazione di gravità, in quanto i genitori dello stesso sig. e

sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero, sono impossibilitati ad occuparsi del figlio perché totalmente inabili, come risulta dalla loro documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione;

che, ai fini di poter fruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali, il/la sottoscritto/a ……………………………………………., nominato in ruolo o avendo instaurato rapporto a Tempo Indeterminato nell’anno..………………….., ha interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa al sig. ……………………….………………. Coniuge/figli...................................... (*allegare la documentazione relativa*).

Data

Firma dell’interessato