DICHIARAZIONE AI FINI DELLA FRUIZIONE DELLE PRECEDENZE DI CUI ALL'ART. 13, COMMA 2 DEL CCNI MOBILITÀ 2025/28

(AI FINI DELL'ESCLUSIONE DALLA GRAUDATORIA INTERNA)

Il/La sottoscritto/a _____ (COGNOME) _____ (NOME) dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 445/2000, di appartenere alla seguente categoria di docente:

I)

☐ **DISABILITÀ E GRAVI MOTIVI DI SALUTE**

○ personale non vedente (art. 3 della Legge 28 marzo 1991 n. 120);

Oppure

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

Come da certificazione medica allegata.

III)

☐ **PERSONALE CON DISABILITÀ E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE**

○ disabile di cui all'art. 21, della legge n. 104/92 (persona con disabilità), richiamato dall'art. 601 del decreto legislativo n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella "A" annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648, come da documentazione allegata.

Oppure

○ personale (non necessariamente con disabilità) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia), come da documentazione allegata.

Oppure

○ personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601, del decreto legislativo n. 297/94, come da documentazione allegata (*personale disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato, con certificazione ai sensi dell'art. 3 c. 3 Legge104/92*).

Mi impegno, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

IV)

☐ **ASSISTENZA AL CONIUGE, AL FIGLIO CON DISABILITÀ; ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO AL GENITORE CON DISABILITÀ; ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE**

A)

☐ **GENITORI ANCHE ADOTTIVI DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ O A CHI, INDIVIDUATO DALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA COMPETENTE, ESERCITA LEGALE TUTELA DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA)**

Dichiaro di essere

○ **Il padre**

oppure

○ **La madre**

oppure

○ **Il tutore legale**

Di

COGNOME)_____(NOME)_____nato /a a_____il_____domiciliata/residente nel comune di _____(_____) alla via_____

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL _____CON PROVVEDIMENTO _____)

Dichiaro altresì:

○ Che il proprio figlio risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile _____)**; come da documentazione allegata.

○ Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.

○ Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

○ Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

Oppure

○ Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

Dichiaro di essere

○ **Fratello/Sorella <u>convivente</u>** (esclusivamente qualora entrambi i genitori siano impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile in situazione di gravità perché affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età)

A tal fine dichiaro (entrambe le dichiarazioni sono obbligatorie)

○ **Di essere convivente con mio fratello/sorella**

COGNOME)_____(NOME)_____nato /a a_____il_____domiciliato/a/residente nel comune di _____(_____) alla via_____

○ **Che entrambi i genitori**

PADRE

COGNOME)_____(NOME)_____nato /a a_____il_____

MADRE

(COGNOME)_____(NOME)_____nato a_____il_____

○ Sono scomparsi

oppure

○ Hanno patologie invalidanti (come da documentazione allegata)

oppure

○ Hanno compiuto i 65 anni di età

Dichiaro altresì

○ Che il proprio fratello/sorella risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile _____)**; come da documentazione allegata.

○ Che il proprio fratello/sorella non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura.

○ Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

○ Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

Oppure

○ Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande

B) CONIUGE, PARTE DELL'UNIONE CIVILE, CONVIVENTE DI FATTO DI CUI ALL'ART. 1, COMMI 36 E 37 DELLA LEGGE 20 MAGGIO 2016, N. 76 DI DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Dichiaro di essere:

○ **IL CONIUGE/PARTE DELL'UNIONE CIVILE**

Oppure

○ **CONVIVENTE DI FATTO di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della legge 20 maggio 2016, n. 76**

DI

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____domiciliato/a/residente nel comune di _____(_____) alla via_____

Dichiaro altresì

- ○ Che il proprio coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 **con carattere permanente** (oppure **rivedibile _____)**; come da documentazione allegata.
- ○ Che il proprio coniuge coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- ○ Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

- ○ Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
  Oppure
- ○ Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

C) FIGLI CHE PRESTANO ASSISTENZA AL GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Dichiaro di essere il/la figlio/a di

COGNOME)_____(NOME)_____nato /a a_____il_____domiciliato/a/residente nel comune di _____(_____) alla via_____

Dichiaro altresì

- ○ Che il proprio genitore risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 **con carattere permanente**; come da documentazione allegata.
- ○ Che il proprio genitore non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- ○ Di aver prodotto alla propria scuola di servizio entro i termini di scadenza previsti per le domande di mobilità la documentazione attestante il diritto a fruire nell'anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.

○ Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

○ Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

Oppure

○ Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

D) FRATELLI E SORELLE NON CONVIVENTI DEL SOGGETTO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ, ALLE STESSE CONDIZIONI PREVISTE AL PRECEDENTE PUNTO A) PER I FRATELLI E LE SORELLE CONVIVENTI

Dichiaro di essere il fratello/sorella di

COGNOME)_____(NOME)_____nato /a a_____il_____domiciliato/a/residente nel comune di _____(_____) alla via_____

A tal fine dichiaro

Che entrambi i genitori

PADRE

COGNOME)_____(NOME)_____nato a_____il_____

MADRE

(COGNOME)_____(NOME)_____nata a_____il_____

○ Sono scomparsi

oppure

○ Hanno patologie invalidanti (come da documentazione allegata)

oppure

○ Hanno compiuto i 65 anni di età

Dichiaro altresì

- ○ Che il proprio fratello/sorella risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 **con carattere permanente**; come da documentazione allegata.
- ○ Che il proprio fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- ○ Di aver prodotto alla propria scuola di servizio entro i termini di scadenza previsti per le domande di mobilità la documentazione attestante il diritto a fruire nell'anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.
- ○ Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

- ○ Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

Oppure

- ○ Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

☐ PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI

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 _____(_____) e che la provincia in cui svolgo il mandato coincide con la provincia in cui è ubicata la scuola di titolarità.