DICHIARAZIONE AI FINI DELLA ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO PER LE ESIGENZE DI FAMIGLIA

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

NON ALLONTANAMENTO DAI PROPRI FAMILIARI

✓ **Sezione per chi è coniugato/convivente di fatto**

☐ **Di essere il coniuge/parte dell'unione civile**

Oppure

☐ **Di essere 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_____ residente nel comune di _____(_____) alla via_____

○ **Dichiara che il proprio coniuge/convivente di fatto risiede nel comune in cui è ubicata la propria scuola di titolarità**

○ Dalla nascita

Oppure (indicare la data)

○ Dal_____

✓ **Sezione per chi non è coniugato o è separato/divorziato (in questo caso è possibile chiedere indifferentemente ricongiungimento al proprio genitore o al proprio figlio)**

☐ **Di non essere coniugato/a**

Oppure

☐ **Di essere separato/a o divorziato/a**

E di ricongiungersi al

○ **proprio genitore**

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

○ **Dichiara che il proprio genitore risiede nel comune in cui è ubicata la propria scuola di titolarità**

○ Dalla nascita

Oppure (indicare la data)

○ Dal_____

In alternativa

○ **proprio figlio**

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

○ **Dichiara che il proprio figlio risiede nel comune in cui è ubicata la propria scuola di titolarità**

○ Dalla nascita

Oppure (indicare la data)

○ Dal_____

ESISTENZA FIGLI

○ **Fino ai 6 anni**

Dichiaro di essere genitore del/dei seguente/i figlio/i

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

○ **Dai 7 ai 18 anni**

Dichiaro di essere genitore del/dei seguente/i figlio/i

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE

Che il figlio o il coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto o il genitore

COGNOME)_____(NOME)_____nato/a a_____il_____

○ è ricoverato in modo permanente presso l'Istituto di cura_____ nel comune di _____(_____) **coincidente con il comune in cui è ubicata la propria scuola di titolarità**

Si allega:

- certificato rilasciato dall'istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto o del genitore.
- certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell'istituto di cura.

○ che il/la figlio/a è tossicodipendente ed effettua la riabilitazione presso l'Istituto di _____ nel comune di _____(_____) **coincidente con il comune in cui è ubicata la propria scuola di titolarità**

Si allega certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.