

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELL'ART. N° 46 DEL D.P.R. N° 445 DEL 28/12/2000

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____ (prov. _____) il _____, residente a _____ (prov. _____), via _____ n. _____, aspirante alla mobilità per l'anno scolastico _____, in qualità di:
(barrare la casella di interesse)

- DOCENTE** di scuola dell'infanzia/primaria/media/superiore (Posto comune/ Sostegno/ Spec. lingua straniera/classe di concorso _____)
- PERSONALE A.T.A.** con qualifica _____;

avendo chiesto di beneficiare della **precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 della legge 104/92, nei limiti stabiliti dall'art. 13 comma 1 punto V del contratto per la mobilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28.12.2000, come modificato e integrato dall'art. 15 della L. 3/2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011:

- di avere con il/la Sig. _____, **disabile in situazione di gravità, come da allegata certificazione¹** del *(indicare la data)* _____, nat__ a _____ (Prov. ___) il ___/___/_____, residente nel comune di _____ (Prov.____) in via _____ n.____, *(compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)* domiciliat_____ nel comune di _____ (Prov.____) in via _____ n.____,

il seguente rapporto di parentela:

(barrare la casella di interesse)

- genitore /genitore adottivo/ legale tutore
- coniuge
- figlio referente unico non convivente
- figlio referente unico convivente
- fratello o sorella convivente

- di svolgere nei confronti del suddetto disabile in situazione di gravità, attività di assistenza continuativa ed esclusiva con carattere di unicità;

¹ Qualora tali commissioni non si pronuncino entro 45 giorni dalla presentazione della domanda, gli interessati, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.L. 27.8.93 n. 324, convertito con modificazioni dalla legge 27.10.93, n. 423 e modificato successivamente con D.L. n. 90 del 24 giugno 2014, documentano, in via provvisoria, la situazione di disabilità, con certificazione rilasciata, ai soli fini previsti dagli articoli 21 e 33 della legge n. 104/1992 e dall'articolo 42 del D.L.vo 26 marzo 2001, n. 151, da un medico specialista nella patologia denunciata in servizio presso l'A.S.L. da cui è assistito l'interessato. L'accertamento provvisorio di cui all'art. 2, comma 2, del D.L. 27.8.93 n. 324, convertito con modificazioni dalla legge 27.10.93, n. 423 e modificato successivamente con D.L. n. 90 del 24 giugno 2014 produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della commissione. La commissione medica di cui all'art. 4 della L. 104/92, deve pronunciarsi, in ordine agli accertamenti di propria competenza di cui al medesimo art. 4, entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda di accertamento.

- che il/la Sig. _____ **non** è ricoverat__ a tempo pieno presso istituti specializzati;

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL GENITORE DISABILE DAL FIGLIO REFERENTE UNICO NON CONVIVENTE, IN PRESENZA DI CONIUGE E/O DI ALTRI FIGLI

- che il Sig./Sig.ra _____, coniuge del suddetto disabile in situazione di gravità:
(barrare la casella di interesse)

è deceduto/a il _____;

non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, **come da documentazione allegata;**

- di avere n. _____ fratello/i/sorella/e:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

(figlio/a/i/e del suddetto disabile), che **non** è/sono in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, **come da documentazione allegata;**

- **di essere l'unico figlio** che ha chiesto di fruire, per l'anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza /del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL GENITORE DISABILE DAL FIGLIO REFERENTE UNICO CONVIVENTE, IN PRESENZA DI CONIUGE E/O DI ALTRI FIGLI

- di essere convivente con il suddetto disabile, presso il seguente indirizzo di residenza: comune di _____ (prov. _____), via _____, n. _____;

- che Sig./Sig.ra _____coniuge del suddetto disabile:

(barrare la casella di interesse)

è deceduto/a, il _____;

non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;

- **di essere l'unico figlio** che ha chiesto di fruire per l'intero anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza / del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATATA AL DISABILE DAL
FRATELLO/SORELLA CONVIVENTE

(depenare la casistica che non interessa)

- di essere convivente con il suddetto disabile grave presso il seguente indirizzo di residenza:

comune di _____ (Prov. _____), via
_____ n. ____;

(barrare la casella di interesse)

che **entrambi i genitori**, sig. _____ (padre) e sig.ra
_____ (madre), sono **deceduti** (rispettivamente il _____ ed il
_____);

che **entrambi i genitori** sono **oggettivamente impossibilitati** a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, **come risulta dalla certificazione² allegata** alla presente dichiarazione;

che **uno dei genitori**, Sig./Sig.ra _____ è deceduto il _____ **mentre l'altro**, Sig./Sig.ra _____ è oggettivamente impossibilitato a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave, perché totalmente inabile, **come risulta dalla certificazione allegata** alla presente dichiarazione;

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

firma (leggibile) _____

²La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti la normale certificazione richiesta o destinata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentano.