MOD. A - ESCLUSIONE

DICHIARAZIONE (resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, “TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA” )

..l.. sottoscritt.. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat.. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

titolare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Ai dell'esclusione dalla graduatoria per l'identificazione dei perdenti posto da trasferire d'ufficio dei soggetti beneficiari delle precedenze di cui al punto I), III), V) e VII) dell’art. 7 – sistema delle precedenze - del TITOLO I del C.C.N.I. concernente la mobilità del personale docente, educativo ed A.T.A. per l’a.s. in corso.

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

**Di beneficiare ai sensi dell’art 7 del Contratto Collettivo Nazionale Integrativo concernente la mobilità del personale docente, educativo ed A.T.A. per l’a.s. 2019/20 ,delle seguenti precedenze**:

**I) DISABILITA’ E GRAVI MOTIVI DI SALUTE :**

personale scolastico docente ed educativo non vedente (art.3 della Legge 28 marzo 1991 n.120);

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

**III) PERSONALE DISABILE E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI**

**CURE CONTINUATIVE:**

disabili di cui all'art. 21, della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601 del D.L.vo 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;

personale che ha bisogno per gravi motivi di salute di particolari cure a carattere continuativo

(ad esempio chemioterapia ); detto personale ha diritto alla precedenza per tutte le preferenze

espresse nella domanda, a condizione che la prima di tali preferenze sia relativa al comune in

cui esista un centro di cura specializzato;

personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92,

richiamato dall'art. 601, del D. L.vo n. 297/94.

**V) ASSISTENZA AL CONIUGE, ED AL FIGLIO DISABILE, OVVERO ASSISTENZA DEL**

**FIGLIO UNICO AL GENITORE DISABILE**

Personale che in base all’art. 33 commi 5 e 7 della L. 104/92, richiamato dall’art. 601 del D.L.vo n. 297/94, la precedenza ai genitori anche adottivi o a coloro che esercitano legale tutela di disabile in situazione di gravità, al coniuge e al solo figlio in grado di prestare assistenza al genitore disabile in situazione di gravità.

**VII) PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI**

**DEGLI ENTI LOCALI**

Il personale chiamato a ricoprire cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti locali

A tal fine **D I C H I A R A** :

1) Di essere non vedente come da allegata certificazione ;

2) Di essere emodializzato come da allegata certificazione ;

3) che ..l.. sottoscritt.. si trova nelle condizioni di cui all’art. 21 ovvero art. 33 comma 6, ex Legge 104/92 come da allegata certificazione;

4) che ..l.. sottoscritt.. ha bisogno per gravi motivi di salute di particolari cure a carattere continuativo;

1. che Il/la Sig.ra …………………………… nato/a a …………………………… il ………………… disabile in situazione in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa e permanente, così come previsto dall’art. 3 della le gge 104/1992, di cui si allega debita certificazione,:

si trova nel seguente rapporto di parentela: marito/moglie/padre/madre/figlio/figlia;

che a favore del suddetto soggetto disabile il/la sottoscritto/a presta attività di assistenza

con carattere continuativo ed in via esclusiva come previsto dagli artt. 19 e 20 della legge n.

53/2000;

che il suddetto soggetto non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzato;

di essere domiciliato con il suddetto soggetto handicappato nel comune di ……………… (….);

di essere anagraficamente l’unico/a figlio/a del genitore handicappato in grado di poter pestare

l’assistenza;

di essere l’unico/a figlio/a in grado di prestare assistenza al genitore handicappato in quanto

l’/gli/le/altro/a/i/e fratello/i sorella/e, come da dichiarazione/i personale/i allegata/e, non

è/sono in grado di effettuare l’assistenza continuativa e permanente per ragioni esclusivamente

oggettive.

Data……………. Firma………………………………

DICHIARAZIONE PERSONALE DI NON ASSISTENZA DA PARTE DEGLI ALTRI FIGLI

Il/la sottoscritto/a………………………………… figlio/a del/della sig……………………………………

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3:

- di non essere nelle condizioni di prestare assistenza al genitore handicappato/a in situazione

di gravità con necessità di un’assistenza continuativa e permanente per ragioni esclusivamente

oggettive, tali da non consentire l’effettiva e continuativa assistenza

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a in precedenza.

Data……………. Firma………………………………