**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL FRATELLO/SORELLA[[1]](#footnote-1)**

**(cancellare le voci che non interessano**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Scuola di titolarità | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In assegnazione/utilizzo nel 2016/17 presso | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In esubero o senza sede | Prov. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92** **in base all’art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2017/18:

* Di essere il/la **FRATELLO/SORELLA** di

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cognome Nome |
|  | Nato/a a Prov. |
|  | Il residente nel Comune di prov. |
|  | alla via |
|  |
|  |

* Che il/la proprio/a fratello/sorella risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OPPURE rivedibile** al ),come da documentazione allegata al modulo-domanda o consegnata/inviata via PEC all’ATP di competenza (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
* Che il/la proprio/a fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
* Di convivere[[2]](#footnote-2) con il/la fratello/sorella nel

|  |
| --- |
| Comune di Prov. via |

* Che i propri genitori sono scomparsi:

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato il a prov |
| Deceduto il |

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato il a prov |
| Deceduto il |

***OPPURE***

Che i propri genitori:

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato il a prov |

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato il a prov |

Sono impossibilitati ad occuparsi del figlio disabile **perché totalmente inabili**.

Si allega/invia idonea documentazione di invalidità.

* Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all’art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all’ A.T.P. , 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

**Allegati:**

* **certificazione o copia autenticata del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;**
* **fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;**
* **(eventuale) documentazione di invalidità dei genitori corredata da documenti di riconoscimento.**

Tali certificazioni e documentazioni devono essere scannerizzate e allegate al modulo domanda oppure consegnate/inviate all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

1. **Per usufruire di tale precedenza è necessario esprimere come prima preferenza una o più istituzioni scolastiche comprese nel comune di assistenza oppure l’ambito corrispondente ad esso o alla parte di esso qualora si intenda esprimere preferenze relative a scuole di altri comuni o ad altri ambiti nella provincia. In assenza di posti richiedibili nel comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile è obbligatario indicare una preferenza di scuola o ambito relativa ad un comune viciniore a quello del domicilio dell’assistito con posti richiedibili.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **Si riconduce il concetto di convivenza a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso comune, riferita allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se interni diversi (Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 18 febbraio 2010, prot. 3884).** [↑](#footnote-ref-2)