**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**PER CURE CONTINUATIVE[[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., di fruire della **precedenza in base all’art 13/1 punto III** del CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2017/18:

* di essere residente

|  |
| --- |
| nel Comune di prov.  |
| alla via |

* Che l’istituto di cura è ubicato

|  |
| --- |
| nel Comune di prov.  |

* di fruire della precedenza di cui all’art. 13/1 punto III sub punto II del CCNI 2017/18 in quanto in possesso di **certificazione ASL** attestante la **GRAVE PATOLOGIA** come da documentazione allegata al modulo-domanda o consegnata/inviata via PEC all’ATP di competenza.
* di svolgere le cure presso l’Istituto di cura di situato nello stesso comune di residenza;
* di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza, a comunicarlo all’ A.T.P. ,10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

**Allegati:**

* **Certificazione o copia autenticata dell’ASL attestante la grave patologia.**
* **Certificazione o copia autenticata delle cure che si stanno effettuando nell’Istituto di cura indicato nella certifcazione.**

Tali certificazioni 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 dell’istituto di cura** **oppure** **l’ambito** **corrispondente ad** **esso qualora** **si** **intenda esprimere successivamente preferenze relative a scuole di altri comuni o ad altri ambiti. In assenza di posti richiedibili nel comune dell’istituto di cura** **è obbligatorio indicare una preferenza di scuola o ambito relativa ad un comune viciniore a quello dell’istituto di cura** **con posti richiedibili.** **Qualora si intenda usufruire di tale precedenza anche per altre province è obbligatorio indicare prima delle preferenze relative ad altre province la preferenza sintetica relativa alla provincia che comprende il comune dell’istituto di cura.**  [↑](#footnote-ref-1)