

# DICHIARAZIONE PERSONALE PER USUFRUIRE DELLA PRECEDENZA

## ART.33 COMMI 5 E 7 L.104/92

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DOCENTE scuola secondaria di secondo grado classe di concorso\_\_\_\_\_ / sostegno

Titolare presso \_\_\_\_\_

In servizio nell'anno scol. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

NON DOCENTE: profilo \_\_\_\_\_

Titolare presso \_\_\_\_\_

In servizio nell'anno scol. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5, 7 della legge 104/92, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 :

- di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/coniuge/figlio /sorella/fratello con il/la Sig. \_\_\_\_\_ , disabile in situazione di gravità, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente/domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- di prestare assistenza in qualità di referente unico al/alla Sig. \_\_\_\_\_ e pertanto di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
- che il/la Sig. \_\_\_\_\_ non è ricoverat\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il/la Sig. \_\_\_\_\_ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
- di essere residente/domiciliat \_ nel comune di \_\_\_\_\_ con il soggetto disabile;
- di essere convivente con il soggetto disabile nel comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ corrispondente all'ambito subcomunale n° \_\_\_\_\_;
- di essere anagraficamente l'unico figlio/fratello/sorella del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza;

- che il coniuge del suddetto disabile non è in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;
- di essere l'unico figlio /fratello/sorella del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza in quanto in quanto \_altr\_ fratell\_/sorell\_ come da dichiarazione\_ allegat\_ non \_\_\_\_\_ in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive;
- di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico 2021-2022 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza e che nessun altro parente o affine ne ha fruito nel corrente anno scolastico ovvero di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire del congedo straordinario ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

Il/la sottoscritt\_ comunicherà ogni variazione all'attuale situazione non oltre il decimo giorno antecedente il termine ultimo di comunicazione al SIDI come previsto dall'art. 4 dell'O.M. sulla mobilità.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_