**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO ESISTENZA FIGLI CCNI 6 marzo 2019,**

 **TABELLA, ALLEGATO 2) SEZIONE A2) LETTERE B), C), D)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Email e Tel. | Email Tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno) |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| In assegnazione/utilizzo nel corrente a.s. 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., il possesso delle seguenti esigenze di famiglia **(LETTERE B) C) D)** in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità:

1. **ASSISTERE FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il |  A Prov. |

1. **FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.**

1. **CURA ED ASSISTENZA FIGLI MINORATI FISICO, PSICHICI O SENSORIALI, TOSSICODIPENDENTI**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**Residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

 **CONIUGE/GENITORE TOTALMENTE /permanentemente inabile a proficuo lavoro**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cognome |  Nome  |
|  Nato/a il | A Prov. |

**Residente in via\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allegati:**

* certificazione sanitaria o copia della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La valutazione è attribuita nei seguenti casi:*

*a) figlio minorato, ovvero coniuge o parte dell'unione civile o genitore, ricoverati permanentemente in un istituto di cura;*

*b) figlio minorato, ovvero coniuge o parte dell'unione civile o genitore bisognosi di cure continuative presso un istituto di cura tali da comportare di necessità la residenza nella sede dello istituto medesimo.*

*c) figlio tossicodipendente sottoposto ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo da attuare presso le strutture pubbliche o private, di cui agli artt.114, 118 e 122, D.P.R. 9/10/1990 n. 309, programma che comporti di necessità il domicilio nella sede della struttura stessa ovvero, presso la residenza abituale con l’assistenza del medico di fiducia come previsto dall'art. 122, comma 3, del citato DPR 309/90*