**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL CONIUGE di cui all’art. 13 comma 1, precedenza IV,**

**OM 182 del 23/3/2020 art. 4, comma 5, lettera e) punto ii)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all’art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

* Di essere il **CONIUGE/PARTE DELL’UNIONE CIVILE** di

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

* Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente**, 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 MARITO/MOGLIE non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
* 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 del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave NON RIVEDIBILE 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.**

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.

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

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_