**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

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

**Precedenza IV, O.M. 182 del 23/3/2020 art. 4, comma 5, lettera e) punto ii)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | E\_mail 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/la **FRATELLO/SORELLA** di

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cognome Nome |
|  | Nato/a a Prov. |
|  | Il residente nel Comune |
|  | 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 (1) 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 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. *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.*