

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(DPR 445 del 28.12.2000 e Legge del 16.1.2003, n° 3)

Il sottoscritt _____ nat a _____
 _____ prov. _____ il _____ e residente a _____
 in _____ docente a tempo indeterminato titolare presso
 _____ per l'insegnamento di _____
 c.c. _____,

a conoscenza delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, (art.26 della Legge 15/68 e art.489 del Codice Penale),

D I C H I A R A

**DI AVER DIRITTO ALL'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA PER
L'INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO:**

- in quanto beneficiario delle precedenza di cui ai punti I) III) V) VII) dell'art. 7 del CCNI stipulato in data 26/02/2014
 - Punto I) disabilità e gravi motivi di salute;
 - Punto III) Personale disabile e personale che ha bisogno di particolari cure continuative;
 - Punto V) assistenza al coniuge, al figlio con disabilità, ovvero assistenza del figlio unico al genitore disabile;
 - Punto VII) Personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazione degli Enti Locali.
- Di essere genitore o di esercitare legalmente tutela del/della seguente portatore di handicap che a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trova nell'assoluta e permanente impossibilità a dedicarsi ad un proficuo lavoro _____ nato/a a _____ (____) il _____ domiciliato in _____, via _____ n. _____;
- Che il proprio figlio/coniuge/genitore o portatore di handicap su cui esercita legale tutela _____ nato/a a _____ (____) il _____ può essere assistito/o soltanto nel comune di _____ in quanto nella sede di _____ attualmente il/la sottoscritto/a è titolare, non esiste un istituto di cura presso il quale il/la medesimo/a possa essere assistito/a;
- Di essere figlio/a del genitore handicappato in situazione di gravità e che non vi sono fratelli o sorelle in grado di effettuare l'assistenza in quanto _____ e pertanto di assisterlo/a in via esclusiva ;
- Che il figlio/coniuge in situazioni di gravità, al/alla quale presta assistenza continuativa in via esclusiva, non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzato e che non vi sono altri parenti o affini fino al 3° grado, idonei a prestare l'assistenza continuativa ed in via esclusiva al/alla disabile e di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a tale assistenza.

data _____ firma _____

Il/la sottoscritt _____ dichiara di essere consapevole che la scuola e l'amministrazione scolastica possono utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (legge n.675 del 31.1.1996 "Tutela della Privacy" – art.26).

data _____ firma _____