DIOCESI :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la diocesi di titolarità)

..l.. sottoscritt.. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat.. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente IRC con contratto a t.i. dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel **settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** presso la scuola / istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente alla diocesi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la personale responsabilità

**D I C H I A R A**

*Esigenza di famiglia*

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | RELAZIONE DI PARENTELA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Che il proprio figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è affetto da infermità o difetto fisico o mentale che è causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro; (l’assoluta o permanente impossibilità di dedicarsi a qualsiasi proficuo lavoro deve essere documentato con certificazione rilasciata dall’ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è ricoverato permanentemente nell’istituto di cura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; (il ricovero permanente deve essere documentato con certificato rilasciato dall’istituto di cura)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore è bisognoso di cure continuative da praticarsi presso l’Istituto di cura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tale da comportare di necessità la residenza ***solo*** nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sede dell’istituto di cura (la necessità e l’assiduità delle cure continuative deve essere documentata con certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall’azienda sanitaria locale o dall’ufficiale sanitario o da un medico militare della competente ASL)

*Titoli generali*

Di aver conseguito, nell’a.s. 2017/2018, il seguente titolo:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Di avere diritto a precedenza (la certificazione sanitaria **deve** essere allegata) in quanto usufruisce dei benefici previsti dalla l.n. 104/92 e del CCNI del 24.02.2015, art. 7 punto III, n. 2 (barrare la casella di interesse):

* Art. 21;
* Art. 7, punto III, n. 2 CCNI del 24.02.2015;
* Art. 33, comma 6;
* Art. 33, commi 5 e 7;

A tal fine, ai sensi della lett.b) dell’art. 9 CCNI del 24.02.15, dichiara di prestare assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva in favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare relazione di parentela), che non è ricoverato a tempo pieno in istituto specializzato.

Allo scopo allega:

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

In fede,

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

**DICHIARAZIONE DI SERVIZIO CONTINUATIVO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia responsabilità di prestare servizio, nel corrente a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ , presso la unità scolastica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di attuale titolarità e di aver prestato ininterrottamente servizio nella medesima unità scolastica conservandone la titolarità.

**Anni di continuità entro il quinquennio:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Anno scolastico** | **Scuola (a*)*** | **Note** |
| **1** | 2009/2010 |  |  |
| **2** | 2010/2011 |  |  |
| **3** | 2011/2012 |  |  |
| **4** | 2012/2013 |  |  |
| **5** | 2013/2014 |  |  |

**Anni di continuità oltre il quinquennio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anno scolastico** | **Scuola** |
| **1** | 2014/2015 |  |
| **2** | 2015/2016 |  |
| **3** | 2016/2017 |  |
|  |  |  |

In fede

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

*NOTE*

*a) Riportare il codice della scuola nel caso in cui risulti diversa da quella attuale.*