

DICHIARAZIONE PERSONALE (personale A.T.A.)

Il/la sottoscritto/a nato/a a il n servizio nel corrente anno scolastico presso in qualità di

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000 n.445, ai fini dell'attribuzione dei punteggi e per beneficiare delle specifiche disposizioni contenute nel C.C.N.I. sulla mobilità del personale scolastico:

ESIGENZE DI FAMIGLIA

di essere **coniugato/a o parte dell'unione civile o convivente di fatto ai sensi dell'art. 1, commi 36 e 37 della legge 20 maggio 2016, n. 76** con nato/a a il, e residente a via n. con iscrizione anagrafica dal a cui intende ricongiungersi

ovvero

di essere **celibe – nubile – vedovo/a – divorziato/a – separato/a** legalmente con sentenza del ovvero consensualmente con atto omologato dal Tribunale il

di essere **figlio/a di** nato/a a il e residente a via n. con iscrizione anagrafica dal a cui intende ricongiungersi;

di essere **genitore di** nato/a a il residente a via n.... con iscrizione anagrafica a decorrere dal, a cui intende ricongiungersi;

adottato in data _____

in affidamento preadottivo dal _____

in affidamento dal _____

di essere genitore dei seguenti **figli minori**:

..... nato/a a il	<input type="checkbox"/> adottato il _____	<input type="checkbox"/> affidamento/ <input type="checkbox"/> affidamento preadottivo dal _____
..... nato/a a il	<input type="checkbox"/> adottato il _____	<input type="checkbox"/> affidamento/ <input type="checkbox"/> affidamento preadottivo dal _____
..... nato/a a il	<input type="checkbox"/> adottato il _____	<input type="checkbox"/> affidamento/ <input type="checkbox"/> affidamento preadottivo dal _____

di essere **genitore o di esercitare legale 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

che il proprio figlio/coniuge/genitore o portatore di handicap su cui esercita legale tutela nato a (.....) il può essere **assistito/a soltanto nel comune di** in quanto nella sede di dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare, non esiste un istituto di cura presso il quale il/la medesimo/a possa essere assistito/a;

che il/la figlio/a nato/a a (.....) il **tossicodipendente**, può essere assistito/a nel comune di per l'attuazione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo/per essere sottoposto/a a programma terapeutico, con l'assistenza del medico di fiducia ai sensi dell'art. 122, comma 3°, del DPR 309/90 e che nella sede di titolarità non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale il/la medesimo/a possa essere curato/a;

di essere stato **incluso/a nella graduatoria di merito** del concorso per esami e titoli relativo al profilo: bandito ai sensi del D.M. nella provincia di con punti al posto

SOLO PER I PASSAGGI DI AREA ASSISTENTI TECNICI:

di essere in possesso del **diploma di qualifica/maturità** di conseguito presso il con la votazione.....;

Data

Firma