AUTOCERTIFICAZIONE(ATA)

ALLEGATO C

Il/la sottoscritto/a .........................................................…….... nato/a a il

......................., personale ATA a tempo indeterminato in servizio nel corrente anno scolastico presso...............................................

Ai fini della formulazione della graduatoria di Istituto per l’individuazione dei Docenti soprannumerari, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,richiamate dall’art.76 del

D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, così come modificato e integrato dall’art.15 delle Legge n.3 del 16/01/2003 e dall’art.15 comma 1della Legge183/2011,

DICHIARA

**1**)di risiedere nel Comune di con decorrenza dell’iscrizione anagrafica anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’Ordinanza Ministeriali concernente la mobilità del personale Docente,Educativo ed ATA per l’anno scolastico 2023/2024

**2)**di essere coniugato/a con.............................................................nato/a il.,

………………residente a………………………………………..via……………………………………………..n con

Iscrizione anagrafica a decorrere dal a cui intende ricongiungersi;

1. Che il familiare a cui intende ricongiungersi nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha residenza in detto Comune con decorrenza dell’iscrizione anagrafica anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’Ordinanza Ministeriali concernente la mobilità del personale Docente, Educativo ed ATA per l’anno scolastico 2023/2024
2. di essere **celibe-nubile-vedovo/a-divorziato/a-separato/a** legalmente con sentenza del ovvero

consensualmente contatto omologato dal Tribunale il ;

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

........................................... nato a.......................................................(……..)il…...........................

........................................... nato a.......................................................(……..)il...…........................

........................................... nato a......................................................(……..)il…...........................

**6)** di essere **figlio/a di**.......................................................nato/a .....………...................................il e

Residente a………………………………………….. via…………………………...………………….. n con iscrizione

Anagrafica a decorrere dal a cui intende ricongiungersi;

**7)** di essere **genitore di**......................................................................nato/a a......................................il.................

residente a ………………………………………………..via ………………………………….n con iscrizione

anagrafica a decorrere dal ,a cui intende ricongiungersi;

1. che il familiare cui intende ricongiungersi nel Comune di

..............................................................................................ha residenza in detto Comune con decorrenza dell’iscrizione anagrafica anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’Ordinanza Ministeriali concernente la mobilità del personale Docente, Educativo ed ATA per l’anno scolastico 2023/2024

1. che il familiare da assistere nel Comune di..................................................ha residenza in detto Comune con decorrenza dell’iscrizione anagrafica anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’Ordinanza Ministeriali concernente la mobilità del personale Docente, Educativo ed ATA per l’anno scolastico 2023/2024
2. di essere genitore o di esercitare legale tutela del/della seguente portatore di handicap

.....................................................nato/a a.....................................................il ….......................

Che a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trova nell'assoluta e permanente impossibilità a dedicarsi ad un proficuo lavoro;

1. che il proprio **figlio/coniuge/genitore/…………. su cui esercita legale tutela portatore di handicap**.........................…………………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;  **12)** Il/la figlio/a nato/a a il tossico dipendente, **può essere assisto/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’articolo 122, comma 3, del D.P.R. 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; | | |

1. di essere stato/a **utilizzato/a** nel corrente anno scolastico / presso

e di essere titolare presso ;

1. di aver chiesto ed ottenuto l’assegnazione provvisoria/utilizzazione per l’anno scolastico corrente 2023/2024 presso altra istituzione scolastica rispetto a quella di attuale titolarità

SI NO

Se SI’,indicare la denominazione della scuola di assegnazione/utilizzazione per l’a.s. 2023/2024

**15)Dichiarazione ai fini del computo del punteggio relativo alla continuità**

**Detta sezione deve essere compilata SOLO da chi nell’arco dell’ottennio precedente all’a.s. 2023/2024 è risultato soprannumerario**

Di essere risultato/a soprannumerario/a per l’anno scolastico relativamente all’organico

dell’istituzione scolastica del comune di

di aver prodotto

di NON aver prodotto

per ciascun anno successivo a quello per il quale il/la docente è stato/a dichiarato/a soprannumerario/a, nell’arco dell’ottennio successivo all’anno scolastico di dichiarazione della condizione di soprannumerarietà, domanda di mobilità nella quale il/la docente ha espresso come prima sede di preferenza quella relativa all’istituzione scolastica

**16)**di **aver superato il concorso pubblico per esami e titoli** relativo al posto:

………………………………...............bandito ai sensi del nella provincia/regione di

...………......…...................con la seguente votazione: scritto………..,orale………….e totale ;

………………….,lì …………………….

firma……………………………………