**ALLEGATO H**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ITET “L. SCIASCIA”**

**AGRIGENTO**

**DICHIARAZIONE PLURIMA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**ai sensi del DPR N. 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge n. 3/2003**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai fini del diritto all’esclusione dalla graduatoria per l’individuazione dei perdenti posto, 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 1 della Legge 183/2011,

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

* di essere beneficiario delle precedenze di cui ai punti I) III) IV) VII) dell’art. 13 del CCNI del 27/01/2022
* **Punto I ) disabilità e gravi motivi di salute;**
* **Punto III) Personale con disabilità e personale che ha bisogno di particolari cure continuative;**
* di essere disabile nelle condizioni di cui all'art. 21, della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601 del D.L.vo n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella "A" annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648; (si allega documentazione con gravità invalidante);
* di essere personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia); (si allega certificazione, rilasciata della competente ASP, da cui risulta l’assiduità della terapia e l’Istituto nel quale viene effettuata la terapia)
* di essere personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601, del D.L.vo n. 297/94.(si allega dichiarazione personale comprovata l’esistenza di un figlio maggiorenne affetto da infermità o difetto fisico e mentale, che sia causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro. Tale stato deve essere documentato con apposita certificazione sanitaria o copia autenticata della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali, ai fini dell’attribuzione del relativo punteggio)
* **Punto IV) assistenza al coniuge, al figlio con disabilità; assistenza da parte del figlio al genitore con disabilità; assistenza da parte di chi esercita la tutela legale;**
* di avere con il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, come da allegata certificazione (1) del (indicare la data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

residente (2) nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) invia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_, con decorrenza dell’iscrizione anagrafica dal......................, data anteriore di almeno tre mesi rispetto alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’O.M. concernente la mobilità.

1. Le certificazioni mediche sono prodotte ai sensi dell’art 4, comma 5 O.M. 45 del 25/02/2022.
2. Il domicilio e la residenza del familiare sono documentati ai sensi dell’art 4, comma 25 dell’O.M. 45 del 25/02/2022.

* (compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza) domiciliato/a nel comune di (prov.), invia................................n…..con decorrenza dell’elezione del domicilio dal......................., data anteriore di almeno tre mesi rispetto alla data di pubblicazione all’albo dell’ufficio territorialmente competente dell’O.M. concernente la mobilità.

il seguente rapporto di parentela:

* ⁭genitore
* legale tutore
* ⁭coniuge/parte dell’unione civile
* ⁭fratello o sorella convivente nel caso in cui i genitori siano scomparsi o impossibilitati ad occuparsi del figlio disabile perché totalmente inabili
* figlio
* che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
* (relativamente ai benefici di cui al punto IV ) di essere titolari in scuola ubicata nella stessa provincia dell’assistito ovvero di aver presentato domanda volontaria di trasferimento per l’intero comune o il distretto sub comunale viciniore a quello del domicilio dell’assistito con posti richiedibili
* (relativamente ai benefici di cui al punto IV) in caso di assistenza al coniuge o ai figli con disabilità) che la certificazione di disabilità è rivedibile ma la durata del riconoscimento non travalica il termine di scadenza per la presentazione di domanda per la mobilità volontaria.

**QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL GENITORE DISABILE DAL FIGLIO, IN PRESENZA DI CONIUGE (devono essere presenti tutte le seguenti condizioni)**

* che il Sig./Sig.ra coniuge del suddetto disabile in situazione di gravità:
* -è deceduto/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

OVVERO

* Non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, come da idonea documentazione di invalidità allegata;
* di aver chiesto di fruire periodicamente nell’anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, di almeno 1 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.

**QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL DISABILE DAL FRATELLO/SORELLA CONVIVENTE**

* di essere convivente con il suddetto disabile grave presso il seguente indirizzo di residenza : comune di ............................. (prov. ), via................. n..... ;

(barrare la casella di interesse)

* che⁭ i genitori, sig. (padre) è deceduto il ................... e sig.ra (madre), è deceduta il ................................

OVVERO

* ⁭che uno dei genitori, Sig./Sig.ra è deceduto il...........................mentre l’altro, Sig./Sig.ra è oggettivamente impossibilitato a provvedere all’assistenza del figlio disabile grave, perché totalmente inabile, come risulta da idonea documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione;

OVVERO

* che entrambi i genitori sono oggettivamente impossibilitati a provvedere all’assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, come risulta da idonea documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione
* **Punto VII) Personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli Enti Locali.** (l'esclusione si esercita durante l'esercizio del mandato amministrativo e sole se si è titolari nella stessa provincia in cui si esercita)

**DICHIARA**

**( personale beneficiario dei punti III),IV),VII) )**

di essere a conoscenza di essere tenuto a dichiarare, entro i 10 giorni antecedenti il termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande di trasferimento, il venir meno delle condizioni che hanno dato titolo all’esclusione della graduatoria.

**DICHIARA**

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega………..

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma

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

La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti la normale certificazione richiesta o destinata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentano.