

DICHIARAZIONE AI FINI DELLA PRECEDENZA PREVISTA DALLA LEGGE N. 104/92

(La compilazione del presente modulo avviene secondo le disposizioni previste dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

ART. 7 COMMA III) CCNI SULLA MOBILITA' PER L'A.S. 2015/16

(Personale con disabilità e personale che ha bisogno di particolari cure continuative)

Il/la sottoscritto/a	
----------------------	--

Nato/a il		a	
-----------	--	---	--

Provincia di		Stato civile	
--------------	--	--------------	--

Residente a	
-------------	--

Via		n.	
-----	--	----	--

In servizio presso la scuola	
------------------------------	--

Ubicata nel comune di		Provincia di	
-----------------------	--	--------------	--

In qualità di			
---------------	--	--	--

DICHIARA

- Di trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21 della Legge 104/92, come da allegata certificazione al riguardo⁽¹⁾;
- Di aver bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (*es: chemioterapia*); la certificazione relativa, da produrre in allegato, deve essere rilasciata dalla competente ASL e riportare sia la continuità delle cure mediche (*tali devono intendersi le cure che si ripetono nel tempo*) sia l'assiduità delle stesse (*da intendersi quelle che si ripetono con frequenza e regolarità*) e, ai sensi dell'art. 9, comma 9 – del CCNI, se l'assiduità della terapia sia tale da comportare necessariamente la residenza nella sede dell'istituto di cura nonché l'istituto nel quale viene effettuata la terapia stessa⁽²⁾;
- Di trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 33 comma 6 ex Legge 104/92, come da allegata certificazione al riguardo⁽¹⁾.

Note:

- (1) Il soggetto disabile che si trovi nella condizione di cui all'art. 21 o 33 comma 6, fermo restando il diritto a fruire della precedenza se partecipa ai movimenti della I fase, usufruisce di tale precedenza per la II e III fase (*nell'ambito e per la provincia in cui è ubicato il comune di residenza*), a condizione che abbia espresso come prima preferenza il comune di residenza o una o più istituzioni scolastiche comprese in esso.
- (2) il soggetto (*non necessariamente disabile*) ha diritto alla precedenza a condizione che la 1^a di tali preferenze sia relativa al comune in cui esiste un centro di cura specializzato. La precedenza opera in ciascuna delle 3^a fasi con la precisazione che relativamente alla 1^a fase è riconosciuta esclusivamente tra distretti diversi dello stesso comune.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dell'attuale situazione.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modifiche, i dati personali comunicati con la presente autodichiarazione sono utilizzati dall'UST di Venezia solo per le finalità connesse alle operazioni di mobilità 2015/16. Titolare del trattamento è l'UST di Venezia.

...../...../.....
Luogo data

(Firma del dichiarante)

ART. 7 COMMA V) CCNI SULLA MOBILITA' PER L'A.S. 2015/16

(La compilazione del presente modulo avviene secondo le disposizioni previste dal DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

(Assistenza al coniuge, al figlio, ai genitori e al fratello/sorella convivente)

Il/la sottoscritto/a	
----------------------	--

Nato/a il		a	
-----------	--	---	--

Provincia di		Stato civile	
--------------	--	--------------	--

Residente a			
Via		n.	

In servizio presso la scuola			
Ubicata nel comune di		Provincia di	
In qualità di			

DICHIARA

Che il sig./sig.ra				
Nato/a il		a		
Residente /Domiciliato a		via		n.

ha il seguente rapporto con il dichiarante (richiedente il trasferimento)

CONIUGE		GENITORE		TUTELATO <small>con atto giudiziario di cui si allega copia</small>		FIGLIO		FRATELLO/SORELLA	
----------------	--	-----------------	--	---	--	---------------	--	-------------------------	--

- Che lo/la stesso/a **non** è ricoverato/a permanentemente presso istituti di cura;
- Che la succitata persona risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 come da documentazione allegata (*certificazione rilasciata da ULSS/INPS*)

DICHIARA INOLTRE

RELATIVAMENTE AL RAPPORTO DI PARENTELA DEL FIGLIO CHE ASSISTE IL GENITORE DISABILE

di prestare assistenza globale, permanente e con carattere di unicità al sig./sig.ra	(cognome e nome del disabile)
--	-------------------------------

- Di essere il figlio referente unico che ha anche chiesto di fruire per l'intero anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità dei tre giorni di permesso retribuito o di congedo straordinario ai sensi art. 42, comma 5 D. L.vo 151/2001;
- Che lo stesso è vedovo ovvero che l'altro coniuge (come da dichiarazione allegata) è impossibilitato a prestare assistenza per motivi oggettivi che devono essere indicati
- Che, in base alla/e dichiarazione/i allegate, non vi sono altri fratelli/sorelle, oltre al/alla sottoscritto/a, idoneo/a prestare assistenza e pertanto di essere l'unico/a membro della famiglia in grado di provvedere a ciò (*tale dichiarazione non è necessaria se trattasi di unico figlio convivente con il disabile*);

RELATIVAMENTE AL RAPPORTO DI PARENTELA FRATELLO/SORELLA

- Assenza dei genitori o dichiarazione documentata dell'inabilità totale del/dei genitori;

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dell'attuale situazione.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modifiche, i dati personali comunicati con la presente autodichiarazione sono utilizzati dall'UST di Venezia solo per le finalità connesse alle operazioni di mobilità 2015/16. Titolare del trattamento è l'UST di Venezia.

...../...../.....
Luogo data

(Firma del dichiarante)