***All’Ufficio Scolastico Regionale per la campania***

***A.T.P. di Salerno***

| **Il/la sottoscritt\*** |  |
| --- | --- |
| **Nat\* a** |  |
| **il** |  |
| **residente a** |  |
| **in via/p.zza/c.so** |  |
| **in servizio presso** | I.C. di Bracigliano Scuola ……………………………… |
| **docente di scuola/profilo ATA** |  |
| **classe concorso (SSPG)** |  |

aspirante al trasferimento per l'anno scolastico 2023/2024, avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5, 7 della legge 104/92, *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000*

**DICHIARA**

# ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 .12.2000, come integrato dall’art. 15 della L. n. 3 del 16.01.2003

* di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/genitore adottivo/genitore affidatario/coniuge/figlio unico/ fratello o sorella convinvente (1) con il/la Sig.

nato a (Prov. ) il , domiciliato nel comune di (Prov. )

disabile in situazione di gravità come da allegata certificazione al riguardo;

* che i genitori sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell\_ stess\_ Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero sono impossibilitati ad occuparsi del\_\_ figli\_ perchè totalmente inabili, come risulta dalla documentazione allegata alla presente dichiarazione;
* di svolgere nei confronti del/della Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attività di assistenza continuativa ed esclusiva;
* che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
* che il/la Sig. \_\_\_ non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;
* di essere convivente con il/la suddetto sig. \_\_\_ nel comune di (Prov. ).
* di essere l’unico figlio che ha chiesto di fruire per l’intero anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art.42 comma 5 D.Lgs 151/2001;
* che, ai fini di poter fruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali, \_\_l\_\_sottoscritt\_\_ nominat\_\_ in ruolo o avendo instaurato rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa al sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ coniuge / genitore / figl\_ come da allegata documentazione.

**DICHIARA**

altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_