

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELL'ART. N° 46 DEL D.P.R. N° 445 DEL 28/12/2000**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, aspirante alla mobilità per l'anno scolastico \_\_\_\_\_, in qualità di: *(barrare la casella di interesse)*

DOCENTE di scuola dell'infanzia/primaria/media/superiore (Posto comune/ Sostegno/ Spec. lingua straniera/classe di concorso \_\_\_\_\_)

PERSONALE A.T.A. con qualifica \_\_\_\_\_;

avendo chiesto di beneficiare della precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 della legge 104/92, nei limiti stabiliti dall'art. 13 comma 1 punto V del contratto per la mobilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28.12.2000, come modificato e integrato dall'art. 15 della L. 3/2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011:

- di avere con il/la Sig. \_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, come da allegata certificazione<sup>1</sup> del (indicare la data) \_\_\_\_\_, nat a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, (compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza) domiciliat \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

il seguente rapporto di parentela:

*(barrare la casella di interesse)*

genitore /genitore adottivo/ legale tutore

coniuge

figlio

fratello o sorella convivente

- di svolgere nei confronti del suddetto disabile in situazione di gravità, attività di assistenza continuativa ed esclusiva con carattere di unicità;

<sup>1</sup> Qualora tali commissioni non si pronuncino entro 45 giorni dalla presentazione della domanda, gli interessati, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.L. 27.8.93 n. 324, convertito con modificazioni dalla legge 27.10.93, n. 423 e modificato successivamente con D.L. n. 90 del 24 giugno 2014, documentano, in via provvisoria, la situazione di disabilità, con certificazione rilasciata, ai soli fini previsti dagli articoli 21 e 33 della legge n. 104/1992 e dall'articolo 42 del D.L.vo 26 marzo 2001, n. 151, da un medico specialista nella patologia denunciata in servizio presso l'A.S.L. da cui è assistito l'interessato. L'accertamento provvisorio di cui all'art. 2, comma 2, del D.L. 27.8.93 n. 324, convertito con modificazioni dalla legge 27.10.93, n. 423 e modificato successivamente con D.L. n. 90 del 24 giugno 2014 produce effetto fino all'emissione dell'accertamento definitivo da parte della commissione. La commissione medica di cui all'art. 4 della L. 104/92, deve pronunciarsi, in ordine agli accertamenti di propria competenza di cui al medesimo art. 4, entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda di accertamento.

- che il/la Sig. \_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;

QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATO AL GENITORE DISABILE

- che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, coniuge del suddetto disabile in situazione di gravità:  
(barrare la casella di interesse)

è deceduto/a il \_\_\_\_\_;

non è in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;

- di aver chiesto di fruire, per l'anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza /del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

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

(depennare la casistica che non interessa)

- 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 entrambi i genitori, sig. \_\_\_\_\_ (padre) e sig.ra  
\_\_\_\_\_ (madre), sono deceduti (rispettivamente il \_\_\_\_\_ ed il  
\_\_\_\_\_);

che entrambi i genitori sono oggettivamente impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, come risulta dalla certificazione<sup>2</sup> allegata alla presente dichiarazione;

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 dalla certificazione allegata alla  
presente dichiarazione;

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

firma (leggibile) \_\_\_\_\_

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.