**Dichiarazione personale comulativa**

(Art. 46 D.PR. 445 del 28/12/2000 così come modificato ed integrato dal’art. 15 della Legge 16/01/2003 n. 3)

Il/La sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) titolare con contratto a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ai sensi del D.P.R. del 2/812/2000 n. 445 così come modificato ed integrato dall’art. 15 della Legge 16/01/2003 n. 3, e ai sensi dell’O.M. sui trasferimenti, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace:

**DICHIARA**

* Che il/la sottoscritto/a si trova nelle condizioni di cui all’art. 21 ovvero art. 33, sesto comma, ex Legge 104/92 come da allegata certificazione al riguardo;
* Che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui è allegata la certificazione comprovante il trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 33, comma 5, ovvero comma 7 ex Legge 104/92:

[ ] è figlio/a, anche adottivo:

[ ] è coniuge;

[ ] è genitore residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ (solo per trasferimenti nell’ambito della provincia vedi art. 7 CCNI punto V)

1. Allo/a stesso/a lo/a scrivente presta assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva, globale e permanente, in quanto non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

a1) di essere l’unico/a ad aver chiesto di usufruire per l’intero anno scolastico dei tre giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza;

1. Di essere l’unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile;
2. Di essere il/la solo/a figlio/a in grado di prestare assistenza in quanto i seguenti altri figli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non sono in grado di effettuare assistenza al genitore disabile in situazione di gravità, per le ragioni oggettive riportate nell’autocertificazione allegata rilasciata da ciascun figlio;
3. Di essere fratello e sorella conviventi con il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, in quanto i genitori dello stesso Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero, sono impossibilitati ad occuparsi del figlio perché totalmente inabili, come risulta dalla loro documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione;

che, ai fini di poter usufruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali, Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nominato in ruolo o avendo instaurato rapporto a Tempo Indeterminato nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa al/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coniuge/figli… (allegare la documentazione relativa).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’interessato

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