Allegato 3

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**A2 – ESIGENZE DI FAMIGLIA**

Alla Dirigente Scolastica

S.S.P.G. “G. CARDUCCI”

BARI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di docente

Cl. di concorso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., il possesso delle seguenti **ESIGENZE DI FAMIGLIA:**

**(A)** **IL COMUNE DI RESIDENZA DEL CONIUGE, OVVERO SOLO NEL CASO DI DOCENTI SENZA CONIUGE O SEPARATI GIUDIZIALMENTE O CONSENSUALMENTE CON ATTO OMOLOGATO DAL TRIBUBALE, IL COMUNE DI RESIDENZA DEL GENITORE O FIGLO COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DEL SOTTOSCRITTO**

Coniuge/Genitore/Figli: Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**(B) FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**(C)FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**(C) FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO:**

**che il figlio maggiorenne**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.

Allegati: certificazione sanitaria o copia della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.

**IL COMUNE DEL FAMILIARE COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DELLA SCUOLA**

1. **PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE**

**Che il figlio/coniuge/genitore**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov)

**Allegati:**

* **certificato rilasciato dall’istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge o del genitore.**
* **certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall’azienda sanitaria locale o dall’ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell’istituto di cura.**

DATA FIRMA \_