

**DICHIARAZIONE PERSONALE
PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI
DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA**

Al Dirigente Scolastico

SEDE

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ prov. _____

nat_ a _____ il _____ C.F. _____

Titolare (qualifica/classe di concorso/sostegno) _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all'art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

- Di essere il/la **FRATELLO/SORELLA** di

Cognome	Nome
Nato/a a	Prov.
Il _____	residente nel Comune di _____
alla via _____	prov. _____

- Di essere convivente con il fratello/sorella alla via _____
- Che il/la proprio/a fratello/sorella risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OPPURE rivedibile al _____)**, come da documentazione allegata.
- Che il/la proprio/a fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
- Che i propri genitori sono scomparsi:

Cognome	Nome	
Nato il _____	a _____	prov _____
Deceduto il _____		

Cognome	Nome	
Nato il _____	a _____	prov _____
Deceduto il _____		

OPPURE

Che i propri genitori:

Cognome	Nome
Nato il	a prov

Cognome	Nome
Nato il	a prov

Sono impossibilitati ad occuparsi del figlio disabile **perché HANNO DELLE PATOLOGIE INVALIDANTI (COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

OPPURE

Che i propri genitori:

Cognome	Nome
Nato il	a prov

Cognome	Nome
Nato il	a prov

HANNO ENTRAMBI UNA ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI

- Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all' A.T.P., 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.
 - Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità
 - Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
- Oppure**
- Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

Oristano, _____
