

**DICHIARAZIONE PERSONALE
PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI
DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL CONIUGE/CONVIVENTE DI FATTO**

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 al CCNI sulla mobilità:**

**E PER TALE MOTIVO DI ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA DI ISTITUTO, ai sensi dell'art.
13/2 del CCNI 2025/25**

- Di essere il **CONIUGE/PARTE DELL'UNIONE CIVILE**/convivente di fatto di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della L. 76/2016 di

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

- Che il/la proprio/a **MARITO/MOGLIE**/parte dell'unione civile/convivente di fatto di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della L. 76/2016 risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OVVERO RIVEDIBILE AL _____)**, come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ASL/INPS).
- Che il/la proprio/a **MARITO/MOGLIE**/ parte dell'unione civile/ convivente di fatto di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della L. 76/2016 non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a;

- che l'istituzione scolastica è ubicata nel medesimo comune di domicilio del proprio/a MARITO/MOGLIE/ parte dell'unione civile/ convivente di fatto di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della L. 76/2016

ovvero

- che l'istituzione scolastica non è ubicata nella provincia ma non nel medesimo comune di domicilio del proprio/a MARITO/MOGLIE/ parte dell'unione civile/ convivente di fatto di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della L. 76/2016 e pertanto di aver presentato per l'a.s. 25/26 domanda di trasferimento per il predetto comune di domicilio dell'assistito alle condizioni indicate dall'art. 13/1, punto IV, del CCNI 2025/28

Allegati:

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave.

Oristano, _____
