**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE**

**(cancellare le voci che non interessano)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| residente a |  Prov. |
| Via |  |  Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (Profilo di appartenenza) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Scuola di titolarità  | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In assegnazione/utilizzo nel corrente anno scolastico presso  |  Prov. |

**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** (**LETTERA D**) in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità **(è possibile cancellare le voci che non interessano):**

1. **PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE (pp. 24)**

**Che il figlio/coniuge/genitore**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste istituto di cura presso il quale il proprio figlio/coniuge/genitore sopra indicato possa essere assistito.

**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.**

Tali certificazioni devono essere scannerizzate e allegate al modulo domanda oppure consegnate/inviate all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

**che il figlio tossicodipendente**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale il medesimo può essere sottoposto a programma terapeutico e socio-riabilitativo, ovvero perché in tale comune - residenza abituale - il figlio tossicodipendente viene sottoposto a programma terapeutico con l’assistenza di un medico di fiducia.

**Allegati:**

* **certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.**

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.