

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELL'ART. N° 46 DEL D.P.R. N° 445 DEL 28/12/2000**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

aspirante alla mobilità per l'anno scolastico \_\_\_\_\_, in qualità di:

*(barrare la casella di interesse)*

**DOCENTE** di scuola dell'infanzia/primaria/media/superiore (Posto comune/ Sostegno/ Spec. lingua straniera/classe di concorso \_\_\_\_\_)

**PERSONALE** \_\_\_\_\_ A.T.A. \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_;

avendo chiesto di beneficiare della **precedenza di cui all'art. 33, commi 5 e 7 della legge 104/92, nei limiti stabiliti dall'art. 13, comma 1, punto IV o dell'art. 40, comma 1, punto IV, del contratto per la mobilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,**

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28.12.2000, come modificato e integrato dall'art. 15 della L. 3/2003 e dall'art. 15 comma 1 della legge 183/2011:**

- di avere con il/la Sig. \_\_\_\_\_, **disabile in situazione di gravità, come da allegata certificazione del (indicare la data) \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,**

*(compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)* domiciliat \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

**il seguente rapporto di parentela:**

*(barrare la casella di interesse)*

- genitore /genitore adottivo/ legale tutore del soggetto disabile
- fratello o sorella convivente del soggetto disabile
- coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto del soggetto disabile

figlio/a del soggetto disabile

fratello o sorella NON convivente del soggetto disabile;

- di svolgere nei confronti del suddetto disabile in situazione di gravità, attività di assistenza.

- che il/la Sig. \_\_\_\_\_ **non** è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;

### **QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL GENITORE DISABILE**

- **di aver** chiesto di fruire, per l'anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza/del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001, ai fini dell'assistenza al genitore sig./sig.ra

\_\_\_\_\_ **come da richiesta indirizzata**  
**all'istituzione scolastica di titolarità che si allega;**

### **QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATA AL DISABILE DAL FRATELLO/SORELLA CONVIVENTE**

*(depenare la casistica che non interessa)*

- di essere convivente con il fratello/sorella disabile grave presso il seguente indirizzo di residenza:  
comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

*(barrare la casella di interesse)*

che **entrambi i genitori**, sig. \_\_\_\_\_ (padre) e sig.ra \_\_\_\_\_ (madre), sono **deceduti** (rispettivamente il \_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_);

che **entrambi i genitori** sig. \_\_\_\_\_ (padre) e sig.ra \_\_\_\_\_ (madre), sono **oggettivamente impossibilitati** a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, **come risulta dalla certificazione1 allegata** alla presente dichiarazione, oppure perché aventi un'età superiore a 65 anni, essendo nati in data \_\_\_\_\_ e in data \_\_\_\_\_;

che **uno dei genitori**, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è deceduto il \_\_\_\_\_ mentre l'altro, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è oggettivamente impossibilitato a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave, perché

totalmente inabile, **come risulta dalla certificazione allegata** alla presente dichiarazione, ovvero perché avente un'età superiore a 65 anni, essendo nato in data \_\_\_\_\_

**QUADRO DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA PRESTATATA AL DISABILE  
DAL FRATELLO/SORELLA NON CONVIVENTE**

*(barrare la casella di interesse)*

che **entrambi i genitori**, sig. \_\_\_\_\_ (padre) e sig.ra \_\_\_\_\_ (madre), sono **deceduti** (rispettivamente il \_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_);

che **entrambi i genitori** sig. \_\_\_\_\_ (padre) e sig.ra \_\_\_\_\_ (madre), sono **oggettivamente impossibilitati** a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave perché totalmente inabili, **come risulta dalla certificazione allegata** alla presente dichiarazione, oppure perché aventi un'età superiore a 65 anni, essendo nati in data \_\_\_\_\_ e in data \_\_\_\_\_;

che **uno dei genitori**, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è deceduto il \_\_\_\_\_ mentre l'altro, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ è oggettivamente impossibilitato a provvedere all'assistenza del figlio disabile grave, perché totalmente inabile, **come risulta dalla certificazione allegata** alla presente dichiarazione, ovvero perché avente un'età superiore a 65 anni, essendo nato in data \_\_\_\_\_;

- **di aver** chiesto di fruire, per l'anno scolastico cui si riferisce la presente domanda di mobilità, dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza/del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001, ai fini dell'assistenza al fratello/sorella sig/sig.ra \_\_\_\_\_ come da richiesta indirizzata all'istituzione scolastica di titolarità che si allega;

**Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma (leggibile) \_\_\_\_\_

---