Al Dirigente Scolastico

I.C. “SALVATORE FARINA”

SASSARI

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER USUFRUIRE DELLA PRECEDENZA ART.33 COMMI 5 E 7 L.104/92**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo chiesto di beneficiare della precedenza prevista dall'art. 33 commi 5, 7 della legge 104/92, *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000*

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 così come modificato e integrato dall'art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011 :

* di avere il seguente rapporto di parentela: genitore/coniuge/figlio /sorella/fratello con il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , disabile in situazione di gravità, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente/domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di prestare assistenza in qualità di referente unico al/alla Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
* che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
* che il/la Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usufruisce di assistenza domiciliare da parte della ASL;
* di essere residente/domiciliat \_\_ nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il soggetto disabile;
* di essere convivente con il soggetto disabile nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_corrispondente al distretto subcomunale n° \_\_\_\_\_\_\_;
* di essere anagraficamente l'unico figlio/fratello/sorella del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza;
* che il coniuge del suddetto disabile non è in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;
* di essere l'unico figlio /fratello/sorella del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza in quanto in quanto \_ altr\_ fratell\_/sorell\_ come da dichiarazion\_ allegat\_ alla domanda di trasferimento non \_\_\_\_\_\_\_\_ in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive;
* di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico 2020-2021 dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza e che nessun altro parente o affine ne ha fruito nel corrente anno scolastico ovvero di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire del congedo straordinario ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 151/2001;
* di presentare/ non presentare *(cancellare la voce che non interessa)* domanda di trasferimento per il comune di residenza del congiunto disabile.

Il/la sottoscritt\_ comunicherà ogni variazione all'attuale situazione non oltre il decimo giorno antecedente il termine ultimo di comunicazione al SIDI come previsto dall'art. 4 dell'OM sulla mobilità.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento UE 679/2016 e del DLgs 101/2018 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_