**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**PER NON ALLONTANAMENTO DAI 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 (posto/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., il possesso delle seguenti **esigenze di famiglia** **(LETTERA D**) in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2018/19 **(è possibile cancellare le voci che non interessano):**

**IL COMUNE DEL FAMILIARE COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DELLA SCUOLA**

1. **PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE (pp. 6)**

**Che il figlio/coniuge/genitore**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov)

**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.**

**che il figlio tossicodipendente**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov )

**Allegati:**

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