

DIOCESI : _____ (indicare la diocesi di titolarità)

..l.. sottoscritt.. _____ nat.. a _____

_____ il _____ residente a _____ docente IRC

con contratto a t.i. dal _____ nel settore (Indicare Primario e/o Secondario) _____

titolare presso la scuola / istituto _____ appartenente alla

diocesi di _____, a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o

mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la personale

responsabilità

D I C H I A R A

Esigenza di famiglia

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	RELAZIONE DI PARENTELA

Che il proprio figlio _____ è affetto da infermità o difetto fisico o mentale che è causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro; (l'assoluta o permanente impossibilità di dedicarsi a qualsiasi proficuo lavoro deve essere documentato con certificazione rilasciata dall'ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore _____ è ricoverato permanentemente nell'istituto di cura _____; (il ricovero permanente deve essere documentato con certificato rilasciato dall'istituto di cura)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore è bisognoso di cure continuative da praticarsi presso l'Istituto di cura _____, tale da comportare di necessità la residenza **solo** nel comune di _____, sede dell'istituto di cura (la necessità e l'assiduità delle cure continuative deve essere documentata con certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare della competente ASL)

Di avere diritto a precedenza (la certificazione sanitaria deve essere allegata) in quanto usufruisce dei benefici previsti dalla l.n. 104/92 e del CCNI del 24.02.2015, art. 7 punto III, n. 2 (barrare la casella di interesse):

- ☐ Art. 21;
- ☐ Art. 7, punto III, n. 2 CCNI del 24.02.2015;
- ☐ Art. 33, comma 6;
- ☐ Art. 33, commi 5 e 7;

A tal fine, ai sensi della lett.b) dell'art. 9 CCNI del 24.02.15, dichiara di prestare assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva in favore di _____,
_____ (indicare relazione di parentela), che non è ricoverato a tempo pieno in istituto specializzato.

Allo scopo allega:

Titoli generali

Di aver conseguito, nell'a.s. 2024/2025, il seguente titolo:

1) _____, conseguito in data

Presso _____ ;

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 679/2016 e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati personali forniti in fase di compilazione del presente modulo, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003.

In fede

DICHIARAZIONE DI SERVIZIO CONTINUATIVO

Il/La sottoscritto/a _____

dichiaro sotto la mia responsabilità di prestare servizio, nel corrente a.s. ____ / ____ , presso la unità scolastica _____ ubicata nel comune di _____ di attuale titolarità e di aver prestato ininterrottamente servizio nella medesima unità scolastica conservandone la titolarità.

Anni di continuità

	Anno scolastico	Scuola (a)	Note
1	2009/2010		
2	2010/2011		
3	2011/2012		
4	2012/2013		
5	2013/2014		
6	2014/2015		
7	2015/2016		
8	2016/2017		
9	2017/2018		
10	2018/2019		
11	2019/2020		
12	2020/2021		
13	2021/2022		
14	2022/2023		
15	2023/2024		

In fede

NOTEa) Riportare il codice della scuola nel caso in cui risulti diversa da quella attuale.