

**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

D) 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:

12/1

- 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.

12/2