

**DICHIARAZIONE PERSONALE
PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI
PER CURE CONTINUATIVE
(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., di fruire della **precedenza in base all'art 13/1 punto III** del CCNI sulla mobilità per l'a.s. 2018/19:

E PER TALE MOTIVO DI ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA DI ISTITUTO

- di essere residente

nel Comune di _____

prov. _____

alla via _____

- Che l'istituto di cura è ubicato

nel Comune di _____

prov. _____

Allegati:

- **Certificazione o copia autenticata dell'ASL attestante la grave patologia.**
- **Certificazione o copia autenticata delle cure che si stanno effettuando nell'Istituto di cura indicato nella certificazione.**