

## DICHIARAZIONE PERSONALE

(Esigenze di famiglia)

        sottoscritt\_ .....nat\_ a .....  
.....il.....docente a tempo indeterminato di scuola .....(1)  
titolare.....(2) In servizio presso la seguente istituzione scolastica  
..... situata nella provincia di .....

**su posto intero/part-time per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali, con superamento periodo di prova SI  NO**  (solo per chi chiede l'assegnazione provvisoria per grado di istruzione diversa da quello di appartenenza), aspirante all' ASSEGNAZIONE PROVVISORIA/UTILIZZAZIONE per l'anno scolastico 2007/2008,

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel **D.P.R. 28.12.2000, n. 445**, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3, ai fini dell'attribuzione dei punteggi e dei benefici previsti dalla O.M. e dal CCDI sulla mobilità del personale della scuola:

- **di essere** coniugat\_ con .....  
nat\_a .....il..... e residente a .....dal.....(3)  
- **di essere** convivente dal..... con .....  
nat\_a .....il..... Come risulta dagli atti anagrafici del Comune di .....  
e residente a .....dal.....(3)

- **di essere** .....;  
(indicare lo stato civile di celibe, nubile, vedova/o, divorziata/o o separata/o con atto del Tribunale)

- **di essere** genitore dei seguenti figli minori (4) **se separato indicare affidatario  non affidatario** ;

1) .....nat..a.....il.....residente a .....dal.....  
2) .....nat..a.....il.....residente a .....dal.....  
3) .....nat..a.....il.....residente a .....dal.....

- **di essere** figli.. di .....nat.... a .....il.....  
e residente a.....dal.....

- **di essere genitore** della/del seguente figli... maggiorenne che risulta totalmente o permanentemente inabile a proficuo lavoro (5)

1) .....nat... a .....il.....

- **che** il/la propr.....  
(indicare le generalità della figlia/o, del coniuge, del genitore)

nat\_ a.....il.....può essere assistita/o solo nel Comune di.....  
in quanto nella sede di attuale titolarità non esiste un istituto di cura presso il quale la/il medesimo possa essere assistit:.... (5)

- **che** la/il figl... nat\_ a .....il.....  
tossicodipendente, può essere assistito nel comune di .....per l'attuazione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo (ovvero per essere sottopost... a programma terapeutico, con l'assistenza del medico di fiducia ai sensi dell'art.122, comma 3 del D.P.R. 309/90) e che nella sede di attuale titolarità non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale la/il medesim.. possa essere curat.. (5);  
Il sottoscritto, per quanto sopra dichiarato, è pienamente consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci.

DATA.....

FIRMA

- (1) dell'infanzia, primaria, secondaria 1° o 2° grado. Indicare la tipologia di posto e, per la secondaria, la classe di concorso;  
(2) con sede definitiva, o su DOP o senza sede definitiva o trasferito per compensazione;  
(3) il punteggio spetta per il comune di residenza dei familiari a condizione che essi vi risiedano, alla data di pubblicazione dell'O.M. da almeno tre mesi con iscrizione anagrafica (nota 6 tab.valutazione CCDN 14.01.2005);  
(4) i punteggi riferiti al figlio si intendono estesi anche al figlio adottivo o in affidamento preadottivo o in affidamento;  
(5) allegare la documentazione sanitaria richiesta.

I dati acquisiti con le dichiarazioni personali rimarranno riservati ai sensi della L.675/96