

**DICHIARAZIONE AI FINI DELLA FRUIZIONE DELLE PRECEDENZE DI CUI
ALL'ART. 13, COMMA 2 DEL CCNI MOBILITÀ 2025/28
(AI FINI DELL'ESCLUSIONE DALLA GRAUDATORIA INTERNA)**

Il/La _____ sottoscritto/a _____ (COGNOME)
_____ (NOME) dichiara, sotto la propria responsabilità,
ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 445/2000, di appartenere alla seguente
categoria di docente:

I)

- DISABILITÀ E GRAVI MOTIVI DI SALUTE**
operonale non vedente (art. 3 della Legge 28 marzo 1991 n. 120);

Oppure

operonale emodializzato (art. 61 della Legge 270/82).

Come da certificazione medica allegata.

III)

- PERSONALE CON DISABILITÀ E PERSONALE CHE HA
BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE**

- disabile di cui all'art. 21, della legge n. 104/92 (persona con disabilità), richiamato dall'art. 601 del decreto legislativo n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella "A" annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648, come da documentazione allegata.

Oppure

- personale (non necessariamente con disabilità) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia), come da documentazione allegata.

Oppure

- personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601, del decreto legislativo n. 297/94, come da documentazione allegata (personale disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato, con certificazione ai sensi dell'art. 3 c. 3 Legge 104/92).
- Mi impegno, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

IV)

- ASSISTENZA AL CONIUGE, AL FIGLIO CON DISABILITÀ;
ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO AL GENITORE CON DISABILITÀ;
ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE**

A)

GENITORI ANCHE ADOTTIVI DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ O A CHI, INDIVIDUATO DALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA COMPETENTE, ESERCITA LEGALE TUTELA DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ (COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA)

Dichiaro di essere

Il padre oppure

La madre oppure

Il tutore legale

Di

COGNOME) _____ (NOME) _____ nato
/a a _____ il _____ domiciliata/residente nel
comune di _____ (_____) alla via _____

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL
_____ CON PROVVEDIMENTO _____)

Dichiaro altresì:

- Che il proprio figlio risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere
- permanente (oppure **rivedibile** _____); come da documentazione allegata.
- Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

- Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
 - Oppure
- Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

Dichiaro di essere

- **Fratello/Sorella convivente** (esclusivamente qualora entrambi i genitori siano impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile in situazione di gravità perché affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età)

A tal fine dichiaro (entrambe le dichiarazioni sono obbligatorie)

- **Di essere convivente con mio fratello/sorella**

COGNOME)_____ (NOME)_____ nato
/a a_____ il_____ domiciliato/a/residente nel
comune di _____ (_____) alla via_____

- **Che entrambi i genitori**

PADRE

COGNOME)_____ (NOME)_____ nato
/a a_____ il_____

- **MADRE**

(COGNOME)_____ (NOME)_____ nato
a_____ il_____

- Sono scomparsi

oppure

- Hanno patologie invalidanti (come da documentazione allegata)

oppure

- Hanno compiuto i 65 anni di età

Dichiaro altresì

- Che il proprio fratello/sorella risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile** _); come da documentazione allegata.
- Che il proprio fratello/sorella non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura.
- Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

- Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
Oppure
- che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria e di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande

B) CONIUGE, PARTE DELL'UNIONE CIVILE, CONVIVENTE DI FATTO DI CUI ALL'ART. 1, COMMI 36 E 37 DELLA LEGGE 20 MAGGIO 2016, N. 76 DI DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Dichiaro di essere:

- **IL CONIUGE/PARTE DELL'UNIONE CIVILE**
Oppure
- **CONVIVENTE DI FATTO di cui all'art. 1, commi 36 e 37 della legge 20 maggio 2016, n. 76**

DI

COGNOME)_____ (NOME)_____ nato/a
a _____ il _____ domiciliato/a/residente nel
comune di _____ (____) alla via _____

Dichiaro altresì

- Che il proprio coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33
- commi 5 e 7 della Legge 104/92 **con carattere permanente** (oppure **rivedibile** _____); come da documentazione allegata.
- Che il proprio coniuge coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità
- **Dichiara altresì**
- Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
 - Oppure
- Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria

E di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

C) FIGLI CHE PRESTANO ASSISTENZA AL GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Dichiaro di essere il/la figlio/a di

COGNOME)_____ (NOME)_____ nato
/a a _____ il _____ domiciliato/a/residente nel
comune di _____ (____) alla via _____

Dichiaro altresì

- Che il proprio genitore risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 **con carattere permanente**; come da documentazione allegata.

- Che il proprio genitore non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- Di aver prodotto alla propria scuola di servizio entro i termini di scadenza previsti per le domande di mobilità la documentazione attestante il diritto a fruire nell'anno scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.

- Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità
Dichiara altresì

- Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità
- Oppure

- Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria e di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

D) FRATELLI E SORELLE NON CONVIVENTI DEL SOGGETTO DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ, ALLE STESSA CONDIZIONI PREVISTE AL PRECEDENTE PUNTO A) PER I FRATELLI E LE SORELLE CONVIVENTI

Dichiaro di essere il fratello/sorella di

COGNOME) _____ (NOME) _____ nato /a a _____ il _____ domiciliato/a/residente nel comune di _____ (_____) alla via _____

A tal fine dichiaro

Che entrambi i genitori

PADRE

COGNOME) _____ (NOME) _____ nato a _____ il _____

MADRE

(COGNOME) _____ (NOME) _____ nata a _____ il _____

- Sono scomparsi

oppure

- Hanno patologie invalidanti (come da documentazione allegata)

oppure

- Hanno compiuto i 65 anni di età

Dichiaro altresì

- Che il proprio fratello/sorella risulta persona disabile con necessità di sostegno elevato o molto elevato come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92
- **con carattere permanente**; come da documentazione allegata.
- Che il proprio fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
- Di aver prodotto alla propria scuola di servizio entro i termini di scadenza previsti per le domande di mobilità la documentazione attestante il diritto a fruire nell'anno
- scolastico in cui si presenta la domanda di mobilità, dei giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del decreto legislativo 151/2001.
- Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità

Dichiara altresì

Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

Oppure

Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria e di impegnarmi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all'art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo, 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.

- PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI**

Dichiaro

Di rientrare nel personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti locali (compresi i consiglieri di pari opportunità) e di svolgere il proprio mandato amministrativo

In qualità di _____ nel comune di _____ (_____) e che la provincia in cui svolgo il mandato coincide con la provincia in cui è ubicata la scuola di titolarità.

DATA _____

FIRMA
