



TRENTINO

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istruzione primaria e secondaria

Allegato 2) L. 104

Al Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola
Ufficio Rapporto di lavoro e mobilità del personale della scuola – **TRENTO**

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA DISABILE AI FINI DELLA PRECEDENZA L. 104/92 - ART. 33 - COMMI 5 e 7
(assistenza al coniuge, al figlio, al genitore, al familiare (parente e affine entro il terzo grado) in situazione di disabilità)

DATI IDENTIFICATIVI DEL DOCENTE:

Cognome e Nome	<input type="text"/>	nato/a a	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
residente nel comune di	<input type="text"/>	via / n.	<input type="text"/>				
titolare presso	<input type="text"/>			su tipo di posto/cl. conc.	<input type="text"/>		
in servizio presso	<input type="text"/>			su tipo di posto/cl. conc.	<input type="text"/>		

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28/12/ 2000, N°445)

sotto la mia responsabilità DICHIARO
(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

di usufruire della precedenza di cui ai commi 5 e 7 dell'art. 33 Legge 104/92 in quanto:

- *il/la sig. (Cognome e Nome)* nato/a a *(Luogo e provincia)* il

con il/la quale ho il seguente rapporto di parentela:

residente e domiciliato nel Comune di , via , n.

domiciliato (*) nel Comune di , via , n. *

(presentare questa dichiarazione se viene chiesto l'avvicinamento al Comune, diverso dalla residenza, dove il soggetto disabile è **stabilmente** presente)*

dal giorno

è soggetto disabile in situazione di gravità e non è ricoverato a tempo pieno in un Istituto specializzato

Allega a tal fine certificato della commissione medica funzionante presso l'A.S.L. o L'A.P.S.S. rilasciato in data

DICHIARO, inoltre,

*nel caso di **ASSISTENZA AL GENITORE** :*

di prestare assistenza al genitore in qualità di referente unico;

che il coniuge del genitore ha compiuto 65 anni; è affetto da patologie invalidanti; è deceduto o mancante

di essere anagraficamente figlio unico;

di essere l'unico figlio convivente con il genitore disabile;

in alternativa:

di essere l'unico figlio in grado di prestare assistenza al genitore in quanto i fratelli sottoindicati sono impossibilitati all'assistenza per le ragioni oggettive indicate nelle loro autocertificazioni allegate *(alla dichiarazione di ogni fratello deve essere allegata copia del documento d'identità):*

(Cognome e Nome) nato/a a il residente a

(Cognome e Nome) nato/a a il residente a

(Cognome e Nome) nato/a a il residente a

nel caso di “**ASSISTENZA AL PARENTE/AFFINE DI SECONDO O TERZO GRADO**”:

di essere l'unico convivente con il parente disabile in situazione di gravità;

in alternativa:

di essere l'unico parente entro il **secondo** grado che presta assistenza al soggetto disabile;

di essere l'unico parente entro il **terzo** grado che presta assistenza al soggetto disabile in quanto:

i genitori o il coniuge del disabile: hanno compiuto 65 anni; sono affetti da patologie invalidanti; sono deceduti o mancanti

di essere l'unico affidatario del soggetto disabile in quanto altri parenti o affini non sono in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive (*come da dichiarazioni allegate*)

N.B.: Allegare le certificazioni di disabilità e di inabilità dichiarate e le autocertificazioni dei parenti, con allegato documento di riconoscimento.