

IMMISSIONI IN RUOLO 2020/2021  
MODELLO PER BENEFICI DELLA LEGGE 104/92

Al fine dell'attribuzione del beneficio della precedenza nella scelta della sede previsto dagli articoli 21 e 33 commi 5, 6 e 7 della legge 104/1992, gli interessati, oltre la documentazione rilasciata dalla preposta Commissione Medica, dovranno far pervenire via e-mail all'indirizzo "[serv.perscuola@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.perscuola@pec.provincia.tn.it)" il modello allegato debitamente compilato.

**DICHIARAZIONE PER LA PRECEDENZA NELLA SCELTA DELLA SEDE AI SENSI  
DELLA LEGGE 104/92**

Il/la sottoscritt. ....

nat. a ..... il .....

INTENDE

avvalersi della precedenza nella scelta della sede come previsto dall'articolo 21 e 33 comma 6 della legge 104/92.

avvalersi della precedenza nella scelta della sede come previsto dall'articolo 33 comma 5 e 7 della legge 104/92.

Nel caso di precedenza ai sensi dall'articolo 33 commi 5 e 7 della legge 104/92 sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000 n.445, come integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003, il sottoscritto dichiara quanto segue:

1. che ..l.. sig. ....

nat. a ..... il ....., dichiarata persona

in condizione di handicap, è ..... (a).

2. che a favore del..... medesim.. ..l.. sottoscritt.. presta assistenza in via continuativa ed esclusiva.

3. che ..l.. medesim.. non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati.

4. (in caso di assistenza a genitore con handicap in situazione di gravità) che non vi sono altri fratelli/sorelle/figli/figlie, oltre al/alla sottoscritto/a, idonei a prestare assistenza perché

.....(b) e pertanto di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a ciò.

5. (in caso di assistenza a fratello/sorella con handicap in situazione di gravità) che i propri genitori sono scomparsi (ovvero) che i propri genitori non sono a loro volta in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili o deceduti o mancanti. Al fine di attestare tale stato si allega specifica certificazione di invalidità.

..l.. sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione dell'attuale situazione.

In fede

Data ..... Firma .....

(a) Coniuge, figlio anche adottivo, genitore.

(b) Allegare la/e dichiarazione/i del/dei fratello/i.

**Fac-simile** di dichiarazione di ogni altro fratello/sorella/ membro della famiglia, nel caso ci siano altri fratelli/sorelle che non sono in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi (ad es. perché minorenni, in condizione di handicap a sua volta, perché residente all'estero o in altra provincia, ...).

..l. sottoscritt. ....

(specificare la relazione di parentela) .....

del/la sig..... (familiare disabile)

dichiara, sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000 n.445, come integrato dall'art.15 della legge 16 gennaio 2003, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile, per i seguenti motivi

.....  
.....

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92 e di non essersene avvalso/a/e/i in precedenza.

In fede.

Data ..... Firma .....

La presente dichiarazione deve essere presentata da ogni altro fratello/sorella/ membro della famiglia, nel caso ci siano altri fratelli/sorelle che non sono in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi (ad es. perché minorenni, in condizione di handicap a sua volta, perché residente all'estero o in altra provincia, ...).