

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ residente in _____
 _____ nel Comune di _____

DICHIARA

che, nelle convocazioni per gli incarichi annuali del personale insegnante degli Istituti di formazione professionale provinciali, intende avvalersi della precedenza nella scelta della sede come prevista dall'articolo 33 commi 5 e 7 della legge 104/1992

pertanto

consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00, al fine di ottenere il diritto di scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita ai sensi dell'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" così come modificato dall'art. 20 della legge 8 marzo 2000, n. 53 e dall'art. 24 della legge 4 novembre 2010, n. 183

D I C H I A R A

1. di prestare assistenza a:

_____ ¹ nato/a _____
 _____, il _____ e residente (o domiciliato, se domicilio diverso dalla
 residenza)
 a _____
 _____ C.A.P. _____, Via _____
 n. _____ tel. _____

con situazione di handicap permanente in situazione di gravità dichiarata dall'Azienda sanitaria competente con verbale n. _____ di data _____, non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati (ad eccezione del ricovero a tempo pieno della persona con disabilità in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale o di un minore per il quale risultati documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare);

2. che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portare di handicap;

SOLO PER I DIPENDENTI CHE PRESTANO ASSISTENZA A PARENTI/AFFINI DI 3° GRADO:

di avere diritto ai benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 in quanto la situazione del familiare del soggetto assistito è la seguente:

	NOMINATIVO	DATA DI NASCITA	CONDIZIONE ²
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Coniuge	_____	_____	_____

Lì,

FIRMA³

¹ Indicare cognome, nome e grado di parentela o affinità del soggetto portatore di handicap.

² E' sufficiente che uno dei soggetti menzionati (genitori o coniuge del disabile) si trovi in una delle seguenti situazioni: aver compiuto i 65 anni di età oppure essere affetto da patologie invalidanti o essere deceduto o mancante (divorzio, separazione legale, abbandono)

³ Il modulo **deve essere firmato ed inviato unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità.**

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 *Regolamento generale sulla protezione dei dati personali*

- Il trattamento dei dati da lei forniti è finalizzato unicamente all'espletamento di tale procedura ed avviene con l'utilizzo di modalità cartacea e/o informatica, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di comunicazione a terzi.;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dare corso alla procedura; pertanto, il mancato conferimento provocherebbe l'arresto della procedura, integrando una violazione di legge.
- il titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento, con sede in Piazza Dante 15 – 38122 Trento;
- responsabile del trattamento è la Dirigente del Servizio per il Reclutamento e la gestione del personale della scuola che provvede alla nomina degli incaricati all'interno della struttura di sua competenza;
- in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e cioè ottenere l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione, o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento dei dati, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento;
- i dati saranno conservati per un periodo illimitato secondo il criterio del massimario di scarto documentale.