

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, per le assunzioni a tempo indeterminato della figura di collaboratore scolastico, 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 risulti 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 portatore 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.