

IMMISSIONI IN RUOLO 2021/2022
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" 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 ...l... medesim.. non e ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati.
3. (in caso di assistenza a genitore con handicap in situazione di gravita) 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.
4. (in caso di assistenza a fratello/sorella con handicap in situazione di gravita) 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, ...).