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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente (o domiciliato se diverso) in _____
nel Comune di _____

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 commi 5 e 7 della legge 104/92.
A tal fine, 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, **dichiara** quanto segue:

1. di prestare assistenza a:

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

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. **da compilare 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	_____	_____	_____

Data _____

FIRMA³

¹ Indicare cognome, nome e grado di parentela o affinità del soggetto portatore di handicap (coniuge, figlio anche adottivo od affidatario*, genitore, fratello/sorella, nonno, zio, nipote)

*L'affidamento può riguardare soltanto soggetti minorenni (art. 2 legge 149/2001)

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.