

Alla Direzione Regionale del

U.S.P. di

Pluridichiarazione per fruire della precedenza di cui alla legge 104/92

Il/la sottoscritto/a nato/a a il e residente a
via tel..... docente con
contratto a tempo indeterminato nella scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo/secondo grado,
classe di concorso.....titolare presso.....in servizio presso
.....;

aspirante all'Utilizzazione/Assegnazione provvisoria 2006/2007 con precedenza di cui al punto IV
dell'art. 8 del CCNI del 6.6.2006, letto l'art. 9 del CCNI del 21.12.2005, ai sensi del DPR n. 445 del
28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16.1.2003 n. 3

DICHIARA

che nato/a a il
handicappato/a in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e perma-
nente, così come previsto dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, si veda certificato prodotto in al-
legato alla domanda di Utilizzazione/ Assegnazione provvisoria in originale/ in copia autenticata, si
trova nel seguente rapporto di parentela/ di adozione/ di affidamento: **marito/moglie, padre/madre,
padre/ madre adottivo/a affidatario/a, figlio/figlia unica/o in grado di prestare assistenza, fratel-
lo/sorella** ovvero di tutela legale è assistito dallo
scrivente quale **unico parente o affine entro il terzo grado o affidatario**
.....(da documentare);

-che a favore del suddetto soggetto handicappato il/la sottoscritto/a presta attività di assistenza con
carattere continuativo ed in via esclusiva come previsto dagli artt. 19 e 20 della legge n. 53/2000 ef-
fettivamente dal..... ;

- di aver interrotto una preesistente assistenza continuativa a seguito di stipula del contratto a tem-
po indeterminato il.....;
- che il suddetto soggetto non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzato;
- di essere domiciliato/a con il suddetto soggetto handicappato nel comune di.....;
- che il distretto di residenza del soggetto handicappato è..... cor-
rispondente al distretto scolastico n..... del comune di (nel caso di utilizzo
della precedenza nella fase comunale limitatamente ai comuni con più distretti);
(per il fratello o la sorella conviventi con il soggetto handicappato nel caso in cui entrambi i genitori sono
scomparsi o impossibilitati ad occuparsi del figlio/della figlia handicappato/a perché totalmente inabili, **en-
trambe le circostanze vanno documentate**)
- di essere convivente con il suddetto soggetto handicappato nel comune di.....
Via/Piazza.....
- di essere anagraficamente l'unico/a figlio/a/sorella fratello del soggetto handicappato in situazione
di gravità in grado di poter prestare l'assistenza;
- di essere l'unico/a figlio/a/fratello/sorella/ parente/affine entro il terzo grado in grado di prestare as-
sistenza al soggetto handicappato in situazione di gravità in quanto l'/gli/le/altro/a/i/e fratello/i so-
rella/e/parenti, come da dichiarazione/i personale/i allegata/e, alla domanda di trasferimento non
è/sono in grado di effettuare l'assistenza continuativa e permanente per ragioni esclusivamente
oggettive .

Data.....

Firma.....