

Pluridichiarazione per la precedenza nella scelta della sede di cui alla legge 104/92

Alla Direzione Regionale del _____
U.S.T. di _____

_____, sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____
e residente a _____ via _____
tel. _____ docente aspirante alla nomina con contratto a tempo indeterminato nella
scuola _____ classe di concorso _____ ai sensi del DPR n. 445 del
28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge 16.1.2003 n. 3

DICHIARA

che _____ sig. _____ nat _____ a _____ il _____
disabile in situazione di gravità con necessità di un'assistenza continuativa, globale e
permanente, così come previsto dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, si veda certificato
prodotto in allegato alla presente 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,
fratello/sorella ovvero di tutela legale**

.....;
-che a favore del suddetto soggetto disabile _____ sottoscritt _____ presta attività di assistenza con
carattere continuativo ed in via esclusiva come previsto dagli artt. 19 e 20 della legge n.
53/2000 effettivamente dal..... ;
-che il suddetto soggetto disabile non è ricoverat _____ a tempo pieno presso istituto specializzato;
-di essere domiciliat _____ con il suddetto soggetto disabile nel comune di.....;
-che il distretto di residenza del soggetto disabile è.....
corrispondente al distretto scolastico n..... del comune di.....;
-di essere convivente con il suddetto soggetto disabile nel comune di.....
Via/Piazza/

.....
-di essere anagraficamente l'unic _____ figli _____ /sorella/ fratello del soggetto disabile in situazione di
gravità in grado di poter prestare l'assistenza;
-di essere l'unic _____ figli _____ /fratello/sorella in grado di prestare assistenza al soggetto disabile in
situazione di gravità in quanto _____ altr _____ fratell _____ /sorell _____, come da autodichiarazion _____ personal _____
allegat _____, alla presente non _____ in grado di effettuare l'assistenza effettiva e continuativa per
ragioni esclusivamente oggettive .
-di essere l'unic _____ figli _____ in grado di prestare assistenza al soggetto handicappato in situazione
di gravità , pur non essendo anagraficamente l'unic _____, ma essendo l'unic _____ a convivere con il
soggetto disabile nel comune di..... Via/Piazza/.....

Data.....

Firma.....