**Pluridichiarazione per la precedenza nella scelta della sede**

**di cui alla legge 104/92**

**Alla Direzione Regionale del\_\_………………….…….**

**U.S.P. di…………………………………………..**

\_l\_ sottoscritt\_ ……………………….………………….. nat\_ a………………………...il

……………e residente a …………..…...………. via ………………………………………………..

tel……………docente con contratto a tempo indeterminato nella

scuola………………………...classe di concorso…………titolare presso…………………………in

servizio presso………………………….; aspirante al conferimento di incarichi a tempo determinato per l’anno scolastico.............................

con precedenza nella scelta della sede di cui al punto V dell’art. 7 del Contratto sulla mobilità, ai sensi DPR n. 445 del 28.12.2000, come integrato dall’art. 15 della legge 16.1.2003 n. 3

**DICHIARA**

che \_l\_ 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 \_l\_ 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 \_l\_ 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 digravità , pur non essendo anagraficamente l’unic\_, ma essendo l’unic\_ a convivere con il soggetto disabile nel comune di…………………. Via/Piazza/…………………………………

-di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire per l'intero anno scolastico ..............dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza e che nessun altro parente o affine ne ha fruito nel corrente anno scolastico ovvero di essere l'unico referente ad aver chiesto di fruire del congedo straordinario ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

Data………………………..

Firma………………………………