

DICHIARAZIONE PERSONALE
PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO ESIGENZE DI FAMIGLIA
(cancellare le voci che non interessano)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a

Prov.

il

Titolare (posto/classe di
concorso/sostegno)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i.,
il possesso delle seguenti **esigenze** in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità
per l'a.s. 2019/20 (**è possibile cancellare le voci che non interessano**):

ESIGENZE DI FAMIGLIA LETTERA A

PER IL PERSONALE CONIUGATO (è possibile ricongiungersi al solo coniuge o parte dell'unione civile)

IL COMUNE DI RESIDENZA DEL CONIUGE COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DEL DOCENTE

PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO (6 PP.)

di essere il coniuge/parte dell'unione civile, a cui si chiede il ricongiungimento, di

Cognome

Nome

Nato/a

a

Prov.

il

residente nel Comune di

Prov.

dal

Si dichiara che la decorrenza dell'iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data
di pubblicazione dell'O.M. concernente la mobilità.

PER IL PERSONALE NON CONIUGATO

IL COMUNE DI RESIDENZA DEL GENITORE COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DEL DOCENTE

PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO (6 PP.)

Di essere nubile/celibe e di richiedere RICONGIUNGIMENTO AL PROPRIO GENITORE

Cognome	Nome
Nato/a a	Prov.
il _____ residente nel Comune di _____	
Prov.	dal _____

Si dichiara che la decorrenza dell'iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell'O.M. concernente la mobilità.

ESIGENZE DI FAMIGLIA (LETTERE B E C)

FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6 (pp. 4 per ogni figlio):

Cognome	Nome
Nato/a il	A _____ Prov. _____

FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18 (pp. 3 per ogni figlio):

Cognome	Nome
Nato/a il	A _____ Prov. _____

FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO (pp. 3 per ogni figlio):

che il figlio maggiorenne risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.

Cognome	Nome
Nato/a il	A _____ Prov. _____

Allegati:

- certificazione sanitaria o copia della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.

ESIGENZE DI FAMIGLIA (LETTERA D)

D) PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE CONTINUATIVE (pp. 6)

IL COMUNE DEL FAMILIARE COINCIDE CON IL COMUNE DI TITOLARITÀ DELLA SCUOLA

Che il figlio/coniuge/genitore

Cognome	Nome	
Nato/a il	A	Prov.

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov)

Allegati:

- certificato rilasciato dall'istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge o del genitore.
- certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell'istituto di cura.

che il figlio tossicodipendente

Cognome	Nome	
Nato/a il	A	Prov.

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov)

Allegati: certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.

Data,

Firma