**ALL.2**

**Dichiarazione personale cumulativa - (Art. 47 D.P.R.445 del 28/12/2000 così come modificato ed integrato dall’art. 15 della Legge 16/01/2003 n. 3)**

Il/La sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) titolare con contratto a tempo indeterminato presso la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3, e ai sensi dell’O.M. sui trasferimenti, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste dalla legge in caso di dichiarazione mendace:

DICHIARA

* di essere disabile di cui all'art. 21, della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601 del decreto legislativo n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella "A" annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648;
* di essere personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia); detto personale ha diritto alla precedenza per tutte le preferenze espresse nella domanda, a condizione che la prima di tali preferenze sia relativa al comune in cui esista un centro di cura specializzato. Tale precedenza opera nella prima fase esclusivamente tra distretti diversi dello stesso comune;
* 3)di essere personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601, del decreto legislativo n. 297/94.

In riferimento all’art. 33 della legge 104/92, si dichiara che il/la.. sig./ra ………………………………….……………… nato/a a ……………………………………... (……) il ……………… di cui è allegata la certificazione comprovante il trovarsi nelle condizioni di cui allo stesso articolo, comma 5, ovvero comma 7 ex Legge 104/92:

[ ] è figlio/a..., anche adottivo,

[ ] è coniuge;

[ ] è genitore residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;

1. Allo/a. stesso/a lo/a scrivente presta assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva, globale e permanente, in quanto non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

a1) **di essere** referente unico/a ad aver chiesto di fruire per l’intero anno scolastico dei tre giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza;

a2) **di non essere** referente unico ad aver chiesto di fruire per l’intero anno scolastico dei tre giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza ma di beneficiare dei permessi per lo stesso soggetto con disabilità unitamente ai seguenti soggetti:

sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_legato/a all’assistito dal seguente rapporto di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

b) di essere l’unico figlio/a a convivere con il soggetto disabile;

c) di essere il/la solo/a figlio/a in grado di prestare assistenza in quanto i seguenti altri figli …………………………….………………………………………………………………….. non sono in grado di effettuare l’assistenza al genitore disabile in situazione di gravità, per le ragioni oggettive riportate nell’autocertificazione allegata rilasciata da ciascun figlio;

d) di essere fratello e sorella conviventi con il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, in quanto i genitori dello stesso sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono scomparsi rispettivamente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero, sono impossibilitati ad occuparsi del figlio perché totalmente inabili, come risulta dalla loro documentazione di invalidità allegata alla presente dichiarazione;

* che, ai fini di poter fruire della prevista precedenza nei trasferimenti interprovinciali, il/la sottoscritto/a……..……………..……….………………….., nominato in ruolo o avendo instaurato rapporto a Tempo Indeterminato nell’anno …………, ha interrotto una preesistente situazione di assistenza continuativa al sig. ……………………….………………. Coniuge/figli... (allegare la documentazione relativa). Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_