

Dichiarazione Personale (ata)

Anno scolastico 2016/2017

Il/la sottoscritto/a nato/a a il
Ass.Amm./Coll. Scol. a tempo indeterminato di
in servizio nel corrente anno scolastico presso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000 n.445, così come modificato ed integrato dall'art.15 della legge 16.1.2003 n.3, ai fini dell'attribuzione dei punteggi e per beneficiare delle specifiche disposizioni contenute nel C.C.N.I. sulla mobilità del personale scolastico:

- 1) di essere **coniugato/a con**nato/a.....
il,residente a via n.
con iscrizione anagrafica a decorrere dal a cui intende ricongiungersi;
- 2) di essere **celibe - nubile - vedovo/a - divorziato/a - separato/a** legalmente con sentenza del ovvero consensualmente con atto omologato dal Tribunale il
- 3) di essere genitore dei seguenti **figli minori**:
..... nato a (.....) il
..... nato a (.....) il
..... nato a (.....) il
- 4) di essere **figlio/a di**.....nato/a..... il..... e
residente a via n. con iscrizione
anagrafica a decorrere dal a cui intende ricongiungersi;
- 5) di essere **genitore di** nato/a a il
residente a via n. con iscrizione
anagrafica a decorrere dal, a cui intende ricongiungersi;
- 6) di essere **genitore o di esercitare legale tutela del/della seguente portatore di handicap** che a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trova nell'assoluta e permanente impossibilità a dedicarsi ad un proficuo lavoro;
.....nato/a a il
- 7) che il proprio figlio/coniuge/genitore/fratello portatore di handicap su cui esercita legale tutela
..... nato a il può essere **assistito/a soltanto**
nel comune di in quanto nella sede
di dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare, non esiste un istituto di
cura presso il quale il/la medesimo/a possa essere assistito/a;
- 8) che il/la figlio/a nato/a ail..... **tossicodipendente**,
può essere assistito/a nel comune di per l'attuazione di un programma terapeutico e socio-
riabilitativo/per essere sottoposto/a a programma terapeutico, con l'assistenza del medico di fiducia ai sensi dell'art.
122, comma 3°, del DPR 309/90 e che nella sede di titolarità non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale
il/la medesimo/a possa essere curato/a;
- 9) di **aver superato il concorso pubblico per esami e titoli** relativo alla classe o al posto:
..... bandito ai sensi del nella provincia/regione di ...
..... con la seguente votazione: scritto, oralee totale
....., li