**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSITENZA AL FIGLIO**

**(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., i seguenti **benefici di cui alla legge 104/92 in base all’art 13/1 punto IV** del CCNI sulla mobilità:

* Di essere il/la PADRE/MADRE di

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cognome Nome |
|  | Nato/a a Prov. |
|  | Il residente nel Comune di Prov. |
|  |

(NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CON PROVVEDIMENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* Che il proprio figlio risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere permanente (oppure **rivedibile al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**; come da documentazione allegata.
* Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura.
* Di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza di cui all’art.33 commi 5 e 7, a comunicarlo all’ A.T.P., 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.
* Che la provincia di domicilio del disabile è nella stessa provincia di titolarità
* Che il comune di domicilio del disabile è nello stesso comune di titolarità

***Oppure***

* Che il comune di domicilio del disabile è in altro comune rispetto a quello di titolarità: per tale motivo il/la sottoscritto/a dichiara di aver presentato domanda di trasferimento volontaria