**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**PERSONALE NON VEDENTE O EMODIALIZZATO**

**(cancellare le voci che non interessano**)

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| residente a | Prov. |
| 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 40/1 punto I** del CCNI sulla mobilità:

* di esserepersonale scolastico docente non vedente (art. 3 della Legge 28 marzo 1991 n. 120)

***oppure***

* di essere personale emodializzato (art. 61 della Legge 270/82)

|  |
| --- |
|  |