**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DI CUI ALLA LEGGE 104/92 PER ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA**

**(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 **FRATELLO/SORELLA** di

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

* Di essere CONVIVENTE / NON CONVIVENTE con il fratello/sorella alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che il/la proprio/a fratello/sorella risulta portatore di handicap grave come previsto dall’art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 come da documentazione allegata.
* Che il/la proprio/a fratello/sorella non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
* Che i propri genitori sono scomparsi:

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |
| Deceduto il |

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |
| Deceduto il |

***OPPURE***

Che i propri genitori:

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |

Sono impossibilitati ad occuparsi del figlio disabile **perché HANNO DELLE PATOLOGIE INVALIDANTI (COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

***OPPURE***

Che i propri genitori:

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |

|  |
| --- |
| Cognome Nome  |
| Nato il a prov |

**HANNO ENTRAMBI UNA ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI**

* 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