**MODELLO C**

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER CHI HA DIRITTO ALL’ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA D’ISTITUTO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO**

**Al Dirigente Scolastico**

**Liceo Statale Pizzi**

**Di Capua**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a |  | il |  |
| residente a |  |
| In via/piazza/n. civico |  |
| □ docente del settore |  |
| classe di concorso |  |
| □ Personale ATA con la seguentequalifica |  |

**D I C H I A R O**

sotto la mia responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, come integrato dall'art. 15 della legge n. 3 del 16.01.2003 e modificato dall'art.15 della legge 12 novembre 2011, n. 183,

di aver diritto a non essere inserit nella graduatoria d'istituto per l'individuazionedei

perdenti posto per l'a.s. 2024/2025 in quanto beneficiari delle precedenze previste dalla normativa vigente, per il seguente motivo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | DISABILITA’ EGRAVI MOTIVI DI SALUTE | □ | 1) personale scolastico docente non vedente (art. 3 della Legge 28 marzo 1991 n. 120); |
| □ | 2) personale emodializzato (art. 61 della Legge 270/82). |
| □ | PERSONALE CON DISABILITA’ E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE | □ | 1) disabili di cui all'art. 21, della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601 del D.L.vo n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte allecategorieprima,secondaeterzadellatabella"A"annessaallalegge10agosto1950,n. 648 |
| □ | 2) personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per gravi patologie di particolaricureacaratterecontinuativo(adesempiochemioterapia);dettopersonaleha dirittoallaprecedenzapertuttelepreferenzeespressenelladomanda,acondizioneche laprimaditalipreferenzesiarelativaall’ambitocorrispondentealcomuneincuiesista uncentrodicuraspecializzato,taleprecedenzaoperanellafasecomunalesolotradistretti diversi dello stesso comune |
| □ | 3) personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della leggen. 104/92, richiamato dall'art. 601, del D.L.vo n. 297/94 |
| □ | ASSISTENZA | □ | ASSISTENZA AL CONIUGE, ED AL FIGLIO CON DISABILITA’ |
| □ | ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO REFERENTE UNICO AL GENITORE CON DISABILITA’ |
| □ | ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE |
| □ | PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI |

Qualora il familiare assistito risiedesse presso altro comune, dichiara di aver presentato per l’anno scolastico 2024/2025 domanda volontaria di trasferimento per il comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dove risiede il familiareassistito.

* Allega la certificazione Legge104/92
* La documentazione si trova agli atti dellascuola

Capua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_