

	ISTITUTO OMNICOMPENSIVO SAN DEMETRIO CORONE - COSENZA –ITALY SHKOLLA E BASHKUAR SHEN MITER KORONE Dirigenza ed Uffici Amministrativi Via Dante Alighieri n°146 – 87069 <u>San Demetrio Corone</u> (CS) Drejtim dhe Fusha Administrative 1. <u>Udha Dante Alighieri n°146 – 87069 Shen Mitër Korone</u> (CS) Tel.+39 0984 956086 – Fax +39 0984 910723- Codice Fiscale: 97022490789 Mail PEC Scuola: cspc060008@pec.istruzione.it Mail Liceo: cspc060008@istruzione.it Mail Comprensivo: csic83200n@istruzione.it - Sito Web: www.iosandemetrio.edu.it Santa Sofia d'Epiro Tel. 0984957020 - San Giorgio A. Tel. 098386103 Vaccarizzo A. Tel. 098384095- San Cosmo A. Tel .098384060	
--	---	---

Rif. Circolare dirigenziale, prot. n. ro 1971/2025

Al Dirigente scolastico Istituto OmniComprensivo Statale San Demetrio Corone
Agli Atti istituzionali e sul Sito on line
SEDE

Oggetto: Mod. PLURIMADICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI PERSONALE
Allegato 2_ Circolare Dirigente “Aggiornamento Graduatoria di Istituto, anno scolastico 2025/2026”

Compilare i Campi mancanti e/o sbarrare, con una X, la casella in interesse

Io sottoscritt _____

– nat ____ a _____ il ____/____/____, residente a _____, cap.: _____ (prov. ____), alla via/c/da _____, n.ro _____, cap.: _____ (prov. ____)

indicare il domicilio, solo se diverso, dalla Residenza:

via/c/da _____, n.ro _____ cap.: _____ (prov. ____)

in servizio, per il corrente anno scolastico 202__/202__, in qualità di Personale ☐ Docente / ☐ AtA, Posto/Classe Concorso / Profilo:

– Scuola ☐ Infanzia, ☐ Primaria, Secondaria ☐ I, ☐ II grado, plesso _____ –

_____, immesso/a in ruolo, ai sensi _____, con decorrenza giuridica,

dal _____ ed economica dal _____, **consapevole delle Responsabilità, civili e penali, cui si va incontro, in caso di Dichiarazione non corrispondente al vero, ai sensi del DPR n.ro 445 del 28 dicembre 2000, così come modificato ed integrato, dall’art. 15 della Legge 16 gennaio 2023, ai fini della Graduatoria Interna di Istituto/Individuazione di, eventuale, Soprannumerarietà**

DICHIARO

- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio pre ruolo, svolto, nel Profilo/Classe Concorso/Posto di attuale Titolarità/Appartenenza.
- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio di ruolo, svolto, nel Profilo/Classe Concorso/Posto di attuale Titolarità/Appartenenza.
- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio pre ruolo, svolto, in altro Profilo/Classe Concorso/Posto, rispetto, a quello di attuale Titolarità/Appartenenza.
- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio di ruolo, svolto, in altro Profilo/Classe Concorso/Posto, rispetto, a quello di attuale Titolarità/Appartenenza.
- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio pre ruolo, svolto in sedi, situate in piccole Isole o Paesi in via di Sviluppo.
- ☐ **di avere** n° _____ di Servizio di ruolo, svolto in sedi, situate in piccole Isole o Paesi in via di Sviluppo.
- ☐ **di avere** n° _____ anni di Continuità, nella sede di attuale Titolarità.
- ☐ **di avere** Diritto al rientro, nell'Istituzione scolastica _____, ubicata nel comune di _____, dalla quale è stato/a trasferito/a d'ufficio, nell'anno scolastico _____ e richiesta, per i seguenti anni scolastici:



N.	Anno scolastico	Istituzione scolastica
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

☐ **di avere diritto** all'Attribuzione del **Punteggio aggiuntivo**, relato, alla condizione del , cosiddetto, *Bonus una Tantum* (Non Trasferimento volontario), ai sensi del Titolo I, lettere D, della Tabella di Valutazione, **Allegato D**, per non aver presentato, per un Triennio continuativo, compreso, tra le Domande di Mobilità, per l'anno scolastico 2000/2001 e l'anno scolastico 2007/2008, né Domanda volontaria di Trasferimento, né Domanda di Mobilità professionale, nell'ambito della Provincia di Titolarità.

☐ **di avere diritto** all'Attribuzione del **Punteggio**, di cui all'**Allegato F**, relato alla "**Dichiarazione Servizio Continuativo**".

☐ **di non aver ottenuto**, successivamente, all'acquisizione del Punteggio aggiuntivo, il Trasferimento, il Passaggio o l'Assegnazione Provvisoria, nell'ambito della Provincia di Titolarità, a seguito di Domanda volontaria;

.....

☐ **di essere** celibe/nubile;

☐ **di essere** coniugato/a con _____;

☐ **di essere** divorziato/a o di essere separato, giudizialmente, con atto omologato, dal Tribunale di _____;

☐ **che il/la sig.** _____ nato/a a _____ il _____ è residente a _____ via/piazza _____, dal _____ ha il seguente vincolo di parentela, con il/la sottoscritto/a _____;

☐ **che ha Figlio/i/a/e minorenni/i, fino a sei/6 Anni d'età**, (l'età deve essere riferita al 31 dicembre dell'anno in corso e si prescinde dalla Residenza), **indicare anche i Figli adottivi** :

1. _____ nato/a a _____ il _____;
2. _____ nato/a a _____ il _____;
3. _____ nato/a a _____ il _____.

☐ **che ha Figlio/i/a/e minorenni/i, dai sette/7 ai diciotto/18 Anni d'età**, (l'età deve essere riferita al 31 dicembre dell'anno in corso e si prescinde dalla Residenza), **indicare anche i Figli adottivi** :

1. _____ nato/a a _____ il _____;
2. _____ nato/a a _____ il _____;
3. _____ nato/a a _____ il _____.

☐ **che ha Figli maggiorenni**, totalmente e permanentemente, inabili, a proficuo Lavoro (da documentare con certificato dell'ASL).

1. _____ nato/a a _____ il _____;
2. _____ nato/a a _____ il _____;
3. _____ nato/a a _____ il _____.

☐ **che ha Figlio/a-i/ie, Coniuge, Genitore può essere assistito**, soltanto, nel Comune di _____, richiesto, esclusivamente, alle condizioni, di cui, ai punti a, b, c della Nota *sub 9* / in quanto nella sede di titolarità non esistono strutture (da documentare con certificato dell'Istituto di cura o ospedale o ASL o ufficiale sanitario o medico militare, da cui risulti la necessità di cure continuative), non è ricoverato a tempo pieno;

1. _____ nato/a a _____ il _____;
2. _____ nato/a a _____ il _____;
3. _____ nato/a a _____ il _____.

Al riguardo,

ATTESTASI

☐ che il/la Sottoscritto/a si trova, nelle condizioni, di cui all'art. 21, ovvero, art. 33, sesto comma, Legge n.ro 104/1992, come da, allegata, Certificazione, al riguardo (1).

☐ che il/la sig./ra _____ nato/a a _____ (____) il __/__/____ stato civile _____, di cui è allegata la Certificazione, comprovante del trovarsi, come unico fruitore dei Benefici, di cui all'art. 33, comma 5, ovvero, comma 7, ex Legge n.ro 104/1992:

☐ è Figlio/a..., anche adottivo ☐; è coniuge ☐; è parte dell'Unione civile ☐; è Genitore (2), residente, in _____ Via _____ n. _____;

☐ è Soggetto interdetto o inabilitato, rappresentato con nomina di Tutore legale, a cui lo/a Scrivente presta assistenza, con carattere continuativo ed in via esclusiva, globale e permanente, in quanto non ricoverato/a, a tempo pieno, presso Istituti specializzati;

☐ che il coniuge _____ nato/a a _____ (____), il __/__/____, non è in grado di prestare assistenza per _____

☐ di essere l'unico Figlio/a a convivere con il Soggetto disabile;



☐ di essere il Referente Unico, che presta assistenza, al Genitore disabile, in situazione di gravità, in quanto i seguenti altri Figli

non sono in grado di prestare assistenza, per le ragioni, esclusivamente, oggettive, riportate, nell'Autocertificazione, allegata, rilasciata da ciascun Figlio (3);

☐ di essere l'unico Figlio, che ha chiesto di usufruire, per l'intero a. s. ____/____/____, dei Tre giorni di Permesso, previsti, dall'art. 33, comma 3 della L. Legge n.ro 104/1992 o del congedo, di cui, all'art. 42, comma del D.Lvo n.ro 151/2001;

☐ di essere Fratello/Sorella, convivente con il/la sig./ra _____, disabile in situazione di gravità, in quanto i Genitori dello/a Stesso/a sono deceduti ovvero, sono impossibilitati ad occuparsi del Figlio perché, totalmente, inabili, come risulta, dalla loro Documentazione di Invalidità, allegata alla presente Dichiarazione;

☐ di essere Tutore legale del/della sig./ra _____, riconosciuto/a tale, con atto del Giudice tutelare del Tribunale di _____, che si allega alla presente dichiarazione;

☐ di essere consapevole che la possibilità di Fruire delle agevolazioni, in oggetto, comporta un Onere per l'Amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la Collettività sopportano, solo per l'effettiva Tutela del Disabile.

☐ di essere consapevole che le Agevolazioni, fruibili, sono uno Strumento di Assistenza al Disabile, in oggetto, e, pertanto, il Riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'Impegno, morale, oltre che giuridico, a prestare, effettivamente, la propria opera di assistenza.

.....

☐ che ha superato ed è inserito/a nella/nelle Graduatoria/e di merito del seguente/dei seguenti concorso/i :

1. _____ ;
2. _____ ;
3. _____ .

In via conclusiva, il/la Sottoscrittore/trice:

- Allega i, seguenti, Documenti, attestanti quanto Dichiarato, in relazione, ai punti II (Esigenze Famiglia) e III (Titoli Generali), ai sensi del DPR n.ro 445/2000, come previsto, dall'art. 4 dell'OM.

.....
.....
.....

- Si impegna a Comunicare, tempestivamente, ogni Variazione della Situazione, di fatto e di diritto, da cui consegua la perdita della legittimazione di, qualsivoglia, agevolazione, dichiarata.
- Presta consenso esplicito al Trattamento dei propri Dati Personali, per le specifiche Finalità, previste, dalla presente Procedura, l'adempimento di obblighi, contrattuali e di legge, spettanti, al Titolare del Trattamento stesso, nel pieno rispetto ed in richiamo, a quanto normato, dal D.lvo n.ro 196/2003, in materia di Tutela dei Dati Personali e, dal Regolamento Europeo n.ro 679/2016.

Luogo, _____ Data ____/____/202____



In fede

Firma leggibile Interessato/a

Visto, Il Dirigente scolastico, prof.ssa *Concetta Amerighia*
Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3 c.2 D.Lgs n. 39/93 con originale agli Atti dell'Ufficio

Responsabile Istruttoria, Direttore sga di Istituto, dr. M. Scaramuzza, referente Ufficio, a. a. Mario Strigari
I. O., SAN DEMETRIO CORONE (Cs)
Codice Univoco d' Ufficio UF3W4T

=====

NOTE

(1) La precedenza per handicap personale (L. 104/92 art. 21 o art. 33 comma 6) opera in tutte le fasi della mobilità. Fermo restando il diritto a fruire della precedenza se partecipa ai movimenti, può usufruire di tale precedenza all'interno e per la provincia in cui è ubicato il comune di residenza, a condizione che abbia espresso come prima preferenza il predetto comune oppure una o più istituzioni scolastiche comprese in esso. La preferenza sintetica del predetto comune è obbligatoria prima di esprimere preferenze per comuni diversi

(2) Il personale appartenente ad una delle predette categorie (assistenza a familiare ai sensi della L. 104/92 art. 33 commi 5 o 7), beneficia della precedenza limitatamente ai trasferimenti all'interno e per la provincia o diocesi, per gli insegnanti di religione cattolica, che comprende il comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile ed a condizione che abbia espresso il predetto comune (o distretto sub comunale in caso di comuni con più distretti). La preferenza sintetica del predetto comune è obbligatoria prima di esprimere preferenze per comuni diversi.

In assenza di posti richiedibili nel comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile è obbligatorio indicare il comune vicinioro a quello del domicilio dell'assistito con posti richiedibili.

La mancata indicazione del comune o distretto di ricongiungimento preclude la possibilità di accoglimento da parte dell'ufficio della precedenza sia per il comune (o distretto) che per eventuali preferenze relative ad altri comuni, ma non comporta l'annullamento dell'intera domanda. Pertanto, in tali casi, le preferenze espresse saranno prese in considerazione solo come domanda volontaria senza diritto di precedenza.

Nei trasferimenti interprovinciali è riconosciuta la precedenza ai soli genitori, anche adottivi, o a chi, individuato dall'autorità giudiziaria competente, esercita legale tutela e successivamente al coniuge del disabile in situazione di gravità, obbligati all'assistenza. Il figlio che assiste il genitore in situazione di gravità ha diritto ad



usufruire della precedenza tra province diverse esclusivamente nelle operazioni di assegnazione provvisoria, fermo restando il diritto a presentare la domanda di mobilità.

La particolare condizione fisica che dà titolo alla precedenza di cui al presente punto IV) nella mobilità a domanda deve avere carattere permanente. Tale disposizione non trova applicazione nel caso dei figli disabili.

(3) Nel caso in cui il richiedente non sia l'unico/a figlio/a che conviva con il genitore disabile (situazione da autocertificare) e ci siano altri fratelli/sorelle occorre che ciascuno di questi dichiari (o documenti) che non è in grado di prestare assistenza continuativa per motivi esclusivamente oggettivi. Pertanto ogni altro fratello/sorella membro della famiglia dovrà presentare la seguente dichiarazione:

Il/la/i/e sottoscritt _____ (specificare la relazione di parentela)

_____ del/la sig. _____ (familiare disabile) dichiara/dichiarano, sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche e integrazioni, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza nel corso dell'anno scolastico al familiare disabile, per i seguenti motivi _____ e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della legge 104/92.

In fede.

_____ li _____ Firma _____

