



ISTITUTO OMNICOMPENSIVO SAN DEMETRIO CORONE - COSENZA - ITALY SHKOLLA E BASHKUAR SHEN MITER KORONE

Dirigenza ed Uffici Amministrativi
Via Dante Alighieri n°146 – 87069 San Demetrio Corone (CS)
Drejtëm dhe Fusha Administrative

1. Udhë Dante Alighieri n°146 – 87069 Shen Mitër Korone (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 Omnicompensivo Statale San Demetrio Corone
Agli Atti istituzionali e sul Sito on line
SEDE

Oggetto: Mod. DICHIARAZIONE PERSONALE DI ESSERE BENEFICIARIO/A DI PRECEDENZE
Allegato 3_ 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 DIRITTO A NON ESSERE INSERIT_____, nella Graduatoria d'Istituto, per l'Identificazione dei Perdenti Posto, da Trasferire d'Ufficio, in quanto **Beneficiario/a delle Precedenze**, previste, per il seguente Motivo:

• ☐ DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE

Questa Precedenza comprende il Personale, che si trova, in una delle seguenti Condizioni:

- 1) Personale scolastico, non vedente (art. 3 della Legge n.ro 120 del 28 marzo 1991);
- 2) Personale emodializzato (art. 61 della Legge n.ro 270/1982).

• ☐ PERSONALE CON DISABILITA' E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE

Questa Precedenza comprende il Personale, che si trova, in una delle seguenti Condizioni:

- 1) **Disabili**, di cui all'art. 21, della Legge n.ro 104/1992, richiamato, dall'art. 601 del D.lvo n.ro 297/94, con un grado di Invalidità, superiore ai due terzi o con minorazioni, iscritte alle categorie prima, seconda e terza della Tabella "A", annessa alla Legge n.ro 648 del 10 agosto 1950;
- 2) Personale, non necessariamente disabile, che ha bisogno, per gravi patologie, di particolari cure, a carattere continuativo, (ad esempio chemioterapia...);



3) Personale, appartenente alle Categorie, previste , dal comma 6, dell'art. 33 della Legge n.ro 104/1992, richiamato, dall'art. 601, del D.lvo n.ro 297/1994.

- ☐ 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

Per usufruire di questa precedenza, il Familiare disabile, al quale si presta assistenza, deve avere la Certificazione, con connotazione di gravità, cioè, l'art. 3, comma 3 , della Legge n.ro 104/1992.

- ☐ PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI

___/___ Stess___/___

DICHIARA

Inoltre, configurandosi i Motivi, **di presentare, per l' anno scolastico 202___/202___**, domanda volontaria di Trasferimento, per il comune di _____, dove risiede il Familiare assistito.

In via conclusiva, il/la Sottoscrittore/trice:

- Allega i seguenti Documenti

.....
.....

- 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 Ameriglio*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3 c.2 D.L.gs n. 39/93 con originale agli Atti dell'Ufficio

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

