Al Dirigente Scolastico
dell' I. C. " *G. D'Annunzio*"
66034 Lanciano

RICHIESTA DI ESCLUSIONE DALLE GRADUATORIE

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in Via_____ n. ____

Email _____

in servizio nel corrente anno scolastico presso codesto Istituto, consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e successive modificazioni ed integrazioni, di fruire della **precedenza in base all'art. 13** del CCNI sulla mobilità per l'a.s. 2018/2019, come di seguito specificato, al fine di

ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA D'ISTITUTO

art. 13/1 punto I > DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE

☐ personale scolastico docente non vedente (art. 3 della L. 28/03/1991 n. 120)
☐ personale emodializzato (art. 61 della legge 270/82)

Allegati: *Certificazione ASL se non già in possesso della scuola.*

art. 13/1 punto III > PERSONALE CON DISABILITA' E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE

☐ **Sub punto 1) -** di fruire della precedenza di cui all'art. 21 della legge 104/92 richiamato dall'art. 601 del D.L.vo n. 297/94 con un grado di **INVALIDITÀ SUPERIORE AI 2/3** o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella "A" annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648 come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità.

Allegati: *Certificazione ASL se non già in possesso della scuola.*

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 104/1992;
- certificazione o copia del verbale attestante lo stato di invalidità superiore ai 2/3.

NB: Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che la scuola di titolarità sia ubicata nella provincia di residenza del docente.

☐ **Sub punto 2)** - di fruire della precedenza perché ha bisogno per gravi patologie, di particolari cure a carattere continuativo

L'istituto di cura è ubicato nel Comune di _____ prov. _____

Allegati: *Certificazioni se non già in possesso della scuola.*

- Certificazione o copia autenticata della ASL attestante la grave patologia.
- Certificazione o copia autenticata delle cure che si stanno effettuando nell'Istituto di cura indicato nella certificazione.

☐ **<u>Sub punto 3)</u>** - di fruire della precedenza perché appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell'art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall'art. 601, del D.L.vo n. 297/94 in quanto in possesso di certificazioni attestanti la **<u>DISABILITÀ PERSONALE CON CONNOTAZIONE DI GRAVITÀ</u> (ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92)** come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità.

Allegati: *Certificazione ASL se non già in possesso della scuola.*

- Certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992.

NB: Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che la scuola di titolarità sia ubicata nella provincia di residenza del docente.

art. 13/1 punto IV – 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

☐ Assistenza al coniuge di cui alla L. 104/92

- Di essere il **CONIUGE/PARTE DELL'UNIONE CIVILE** di

Cognome	Nome	
Nato/a a		Prov.
Il	residente nel Comune di	Prov.

- Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OVVERO RIVEDIBILE AL_____)**, come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
- Che il/la proprio/a MARITO/MOGLIE non è ricoverato/a permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

Allegati: *Certificazioni se non già in possesso della scuola.*

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica della ASL attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave.

N**.B. Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che il comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile sia all'interno dell'ambito in cui è ubicata la scuola di titolarità. In caso contrario il docente è obbligato a produrre domanda di trasferimento indicando una preferenza di scuola o ambito relativa al comune in cui è domiciliato l'assistito.**

☐ **Assistenza al figlio/a di cui alla L. 104/92**

- Di essere il/la **PADRE/MADRE di**

Cognome	Nome	
Nato/a a		Prov.
Il	residente nel Comune di	Prov.

NEL CASO DI ADOZIONI/AFFIDAMENTI: ADOTTATO/AFFIDATO IL _____ CON PROVVEDIMENTO ECC.)

- Che il proprio figlio risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente (OPPURE rivedibile al)**, come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
- Che il proprio figlio non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.

Allegati: *Certificazioni se non già in possesso della scuola.*

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica della ASL attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992.
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave.

N.B.: Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che il comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile sia all'interno dell'ambito in cui è ubicata la scuola di titolarità. In caso contrario il docente è obbligato a produrre domanda di trasferimento indicando una preferenza di scuola o ambito relativa al comune in cui è domiciliato l'assistito.

☐ **Assistenza da parte del figlio referente unico al genitore con disabilità di cui alla L. 104/92**

- di essere il/la FIGLIO/A di

Cognome	Nome	
Nato/a a		Prov.
Il	residente nel Comune di	Prov.

- Che il proprio genitore risulta portatore di handicap grave come previsto dall'art. 33 commi 5 e 7 della Legge 104/92 con carattere **permanente**, come da documentazione allegata al modulo-domanda o consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
- Che il proprio genitore non è ricoverato permanentemente in alcun istituto di cura e necessita di assistenza continuativa che può essere assicurata esclusivamente dal/dalla sottoscritto/a.
- Essere l'unico soggetto che ha chiesto di fruire periodicamente per l'intero anno scolastico dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l'assistenza ovvero del congedo straordinario ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.L.vo 151/2001.

Allegati: *Certificazioni se non già in possesso della scuola.*

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica della ASL attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- (eventuale) documentazione di invalidità dei genitori corredata da documenti di riconoscimento.

☐ **Assistenza da parte del fratello/sorella di cui alla L. 104/92**

- Di essere il/la **FRATELLO/SORELLA** di

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov.	
Il	residente nel Comune di	prov.
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 con carattere **permanente (OPPURE rivedibile** al), come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità (certificazione rilasciata da ULSS/INPS).
- 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.

Compilare l'allegato A

Allegati: *Certificazioni se non già in possesso della scuola.*

- certificazione o copia del verbale della apposita Commissione Medica della ASL attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;

☐ **Assistenza da parte del tutore legale di cui alla L. 104/92**

- Di essere il **TUTORE LEGALE** di

Cognome Nome

Nato/a a Prov.

il residente nel Comune di prov.

Con provvedimento giudiziario del Tribunale di

Del come da documentazione consegnata/inviata alla scuola di titolarità.

Allegati:

- copia del provvedimento giudiziario del Tribunale;
- copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del soggetto a cui si presta la legale tutela.

NB: Per essere esclusi dalla graduatoria è necessario che il comune ove risulti domiciliato il soggetto disabile sia all'interno dell'ambito in cui è ubicata la scuola di titolarità. In caso contrario il docente è obbligato a produrre domanda di trasferimento indicando una preferenza di scuola o ambito relativa al comune in cui è domiciliato l'assistito.

art. 13/1 punto VII - PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI (COMPRESI I CONSIGLIERI DI PARI OPPORTUNITÀ) E DI SVOLGERE IL PROPRIO MANDATO AMMINISTRATIVO

- di rientrare nel personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli enti locali (compresi i consiglieri di pari opportunità) e di svolgere il proprio mandato amministrativo
- In qualità di

nel Comune di Prov.

dal

L'esclusione va applicata solo durante l'esercizio del mandato amministrativo e solo se titolari nella stessa provincia in cui si è amministratore degli EE.LL.

Data _____ Firma

_____