

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DELLA PRIORITÀ NELLA SCELTA DELLA SEDE  
A.S. 2013/2014**

(La compilazione del presente modulo avviene secondo le disposizioni del DPR 28.12.2000 n.445 – I dati richiesti assumono il carattere di riservatezza previsto dal decreto legislativo del 30.6.2003, n.196)

...Io... sottoscritt... \_\_\_\_\_, nat... a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
cel. \_\_\_\_\_

ai fini del reclutamento del personale docente inserito nelle graduatorie di merito dei concorsi ordinari per l'insegnamento nelle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I e II grado indetti nel 2012 ovvero nelle graduatorie regionali per il sostegno (scuola infanzia o scuola primaria o classe di concorso.....) **(cancellare le voci che non interessano)**

**CHIEDE**

l'applicazione delle disposizioni di priorità nella scelta della sede di cui alla legge 104/1992

**a) per situazione di handicap personale (barrare la sezione che interessa):**

- ☐ in situazione di handicap personale di cui all'art. 21  
☐ in situazione di handicap personale di cui al comma 6 dell'art. 33

A tal fine, avendo preso visione delle condizioni di applicabilità previste al riguardo dall'art.7 e dall'art.9 del Contratto Collettivo Nazionale Integrativo sulla mobilità del personale scolastico del 11.03.2013, allega la seguente certificazione sanitaria:

.....  
.....

**OVVERO**

l'applicazione delle disposizioni di priorità nella scelta della sede di cui ai commi 5 e 7 dell'art.33 della legge n.104/1992.

**b) per parente in situazione di handicap**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 del DPR n. 445 del 28.12.2000 così come modificato e integrato dall'art.15 della legge n.3 del 16.01.2003 e dall'art.15, comma 1, della legge 183/2011:

- di avere il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_ **(indicare: genitore/coniuge/figlio/sorella/fratello)** con il/la Sig. \_\_\_\_\_, disabile in situazione di gravità, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente/domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di prestare assistenza in qualità di referente unico al/alla Sig. \_\_\_\_\_ e pertanto di essere l'unico membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
- che il/la Sig. \_\_\_\_\_ non è ricoverat\_\_ a tempo pieno presso istituti specializzati;
- di essere residente/domiciliat\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ con il soggetto disabile;
- di essere convivente con il soggetto disabile nel comune di \_\_\_\_\_;
- di essere anagraficamente l'unico \_\_\_\_\_ **(indicare: figlio/sorella/fratello)** del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza;
- che il coniuge del suddetto disabile non è in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata;

- di essere l'unico \_\_\_\_\_ (**indicare: figlio/sorella/fratello**) del soggetto disabile in situazione di gravità in grado di prestare l'assistenza in quanto altr\_\_ fratell\_\_/sorell\_\_, , non \_\_\_\_\_ in grado di effettuare l'assistenza per ragioni esclusivamente oggettive, come da documentazione allegata.

In relazione alla situazione contrassegnata, avendo preso visione delle condizioni di applicabilità previste al riguardo dall'art.7, punto V, e dall'art.9 del vigente Contratto Collettivo Nazionale Integrativo sulla mobilità del personale scolastico, ...l... sottoscritt... allega la seguente documentazione sanitaria:

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

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_