

DICHIARAZIONE PERSONALE - DIRITTO A ESCLUSIONE DA GRADUATORIA D'ISTITUTO
PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO

Al Dirigente Scolastico
ICG "F.Farci" SEUI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in servizio per l'a.s. 2019/20 presso codesto Istituto in qualità di _____
in relazione a quanto previsto dal CCNI sulla mobilità del personale docente educativo e ATA
per l'a.s. 2020/21 (*Esclusione dalla Graduatoria Interna d'Istituto*) **dichiara sotto la propria
responsabilità** (ai sensi del DPR n. 445 del 28-12-2000, come integrato dall'art. 15, L. 16/1/2003
e mod. dall'art. 15, L. 12/11/2011, n.183) di aver diritto a non essere inserit___ nella graduatoria
d'istituto per l'individuazione dei perdenti posto da trasferire d'ufficio in quanto beneficiario
delle seguenti precedenze:

- Disabilità e gravi motivi di salute**, che comprende i dipendenti in una delle seguenti condizioni:
A) personale scolastico docente non vedente (art. 3, Legge 28 marzo 1991 n. 120);
B) personale emodializzato (art. 61, Legge 270/82).
- Personale con disabilità o bisognoso di particolari cure continuative**, che comprende i
dipendenti in una delle seguenti condizioni:
A) disabili di cui all'art. 21, L. n. 104/92, richiamato dall'art. 601, D.lgs. n. 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 10 agosto 1950, n. 648;
B) personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per **gravi patologie di articolari cure a
carattere continuativo (ad esempio chemioterapia)**;
C) personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, art. 33 della Legge n. 104/92,
richiamato dall'art. 601, D.lgs. n. 297/94.
- Assistenza al coniuge, ed al figlio con disabilità; assistenza da parte del figlio Referente Unico
al genitore con disabilità; assistenza da parte di chi esercita la tutela legale**
Per fruire di questa precedenza, il familiare disabile a cui il dipendente presta assistenza, deve
avere la certificazione con connotazione di gravità, **cioè l'art.3 comma 3 della legge 104/92.**
- Personale che ricopre cariche pubbliche nelle Amministrazioni degli Enti Locali**

Inoltre, dichiara di aver presentato domanda volontaria di trasferimento per il comune di _____
_____ dove risiede il familiare assistito.

data _____

Firma _____