

AL DIRIGENTE
dell'Ambito Territoriale di ALESSANDRIA
email: usp.al@istruzione.it

Autocertificazione per beneficiare della precedenza nella scelta della sede di servizio
ai sensi della Legge 104/92

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____ (Prov. _____)

il _____, C.F. _____;

residente in _____ prov. (____),

via/corso/Piazza _____ civico numero _____

stato civile ☐ NUBILE ☐ CONIUGATO ☐ PARTE DELL'UNIONE CIVILE

inclus _____, a pieno titolo, nelle ☐ GM CONCORSO ☐ GAE della scuola ☐ PRIMARIA ☐ INFANZIA – posto COMUNE, pos.

_____ con punti _____;

consapevole delle sanzioni previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968, richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/98

DICHIARA *

1) di beneficiare della L. 104/92 a carattere personale, ai sensi:

a) - dell'art. art. 21 con un grado di invalidità del _____ % (come da verbale di riconoscimento della L. 104/92 e verbale d'invalidità, **allegati alla presente**)

b) - ai sensi dell'art. 33 comma 6 (con connotazione di gravità, come da verbale di riconoscimento della legge 104/92 **allegato alla presente**)

2) di usufruire della L. 104/92, art. 33, commi 5 e 7 per l'assistenza del ☐ CONIUGE ☐ FIGLIO ☐ GENITORE
oppure _____ e a tal fine dichiara:

- di essere il/la solo/a ad utilizzare i benefici previsti dall'art. 33, commi 5 e 7 della Legge 104/92 (art. 3, comma 3) nei confronti del soggetto portatore di handicap

Sig. _____, nato a _____ prov. (____)

il _____, residente in (1) _____ Via/Corso/Piazza _____
civico numero _____

e che lo stesso è assistito in maniera esclusiva dalla sua persona;

Il nucleo del soggetto portatore di Handicap è il seguente:

(indicare lo stato di famiglia, del soggetto assistito)

1) Sig. _____ nato a _____ il _____ prov. (____), residente
in _____ Via/Corso/Piazza _____ n° _____
grado di parentela con il soggetto assistito _____

2) Sig. _____ nato a _____ il _____ prov. (____), residente
in _____ Via/Corso/Piazza _____ n° _____
grado di parentela con il soggetto assistito _____

3) Sig. _____ nato a _____ il _____ prov. (____), residente
in _____ Via/Corso/Piazza _____ n° _____
grado di parentela con il soggetto assistito _____

- che i familiari suindicati non possono assistere il soggetto portatore di handicap per motivi oggettivi
come indicato nelle allegate autocertificazioni.

da far pervenire, contestualmente all'all. "A", entro e non oltre il 30 maggio 2020

- che il predetto portatore di handicap è tutt'ora in vita e non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura dalla data di richiesta dei predetti benefici.

Data _____

IL DICHIARANTE

*Crocettare e compilare la voce che interessa.

(1) l'assistito deve essere residente o domiciliato in Alessandria e provincia.