**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO E PRECEDENZA UTILI AI FINI DELL’ISTANZA DI PART-TIME, AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
□ docente di scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

**TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO**

* di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l’anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
* di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_  
  (i docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera)
* anzianità complessiva pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

**TITOLI DI PRECEDENZA**

**(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)**

□ portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie

□ di avere a carico \_l\_ sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_l\_ quale è riconosciuto l’assegno di accompagnamento di cui alla l.n.18/80

□ familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica **(\*)**

□ di assistere \_l\_ sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portatore di handicap non inferiore al 70%, malato di mente, anziano non autosufficiente (**sottolineare la voce che interessa**) **(\*)**

□ di essere genitore dei sotto nominati figli minori

cognome e nome data di nascita

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

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

□ di aver superato il sessantesimo anno di età

□ di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio

□ di possedere motivate esigenze di studio ( **da autocertificare in modo dettagliato**)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L.. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali**.**