Pluridichiarazione per fruire della precedenza di cui alla legge 104/92,

art. 33 commi 5 e 7

Il/la sottoscritto/a……………………….…………………………………… nato/a a……………….…………...il…………………e residente a ……………. via……………………………………………………….. tel…………………… docente con contratto a tempo indeterminato nella scuola dell’infanzia/primaria/secondaria di primo/secondo grado, docente di religione in servizio presso…………………………………………….…………………., aspirante all’Utilizzazione/Assegnazione provvisoria per l’a.s. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **con precedenza di cui al punto IV dell’art. 8 del CCNI sulle Utilizzazioni e Assegnazioni provvisorie** per gli anni scolastici 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022, prorogato per gli aa.ss. 2022/2023, 2023/2024, 2024/2025), letto l’art. 4 dell’O.M. n° 31 del 23 febbraio 2024, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, come integrato dall’art. 15 della legge 16.1.2003 n. 3 e dall’art. 15 comma 1 legge 183/2011,

# DICHIARA

* che il Sig./la Sig.ra………………………….…………....................nato/a a………………………il…………… handicappato/a in situazione di gravità con necessità di un’assistenza continuativa, globale e permanente, così come previsto dall’art. 3 comma 3 della legge 104/1992 ( si veda certificato allegato alla domanda di Utilizzazione/ Assegnazione provvisoria) si trova con il/la sottoscritto/a nel seguente rapporto di parentela - adozione - affidamento: **marito/moglie, padre/madre, padre/ madre adottivo/a - affidatario/a, figlio/ figlia, fratello/sorella,** ovvero **tutore legale** (circostanza da documentare);
* che il/la sottoscritto/a  **parente o affine entro il secondo grado ovvero entro il terzo grado** qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (nella sola condizione di assenza di parenti o affini di grado inferiore) **o legale affidatario** di persona con disabilità in situazione di gravità (vedi certificazione allegata) ;
* che il/la sottoscritto/a fruisce dei tre giorni di permesso mensili consentiti dalla legge 104/92;
* che il suddetto soggetto handicappato **non è ricoverato a tempo pieno** presso istituto specializzato.

……….………….., …………….

Firma………………………………