**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**PER CURE CONTINUATIVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno |  |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., di fruire della **precedenza in base all’art 13/1 punto III** del CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2019/20:

**E PER TALE MOTIVO DI ESSERE ESCLUSO DALLA GRADUATORIA INTERNA DI ISTITUTO**

* di essere residente

|  |
| --- |
| nel Comune di prov. |
| alla via |

* Che l’istituto di cura è ubicato

|  |
| --- |
| nel Comune di prov. |

**Allegati:**

* **Certificazione o copia autenticata dell’ASL attestante la grave patologia.**
* **Certificazione o copia autenticata delle cure che si stanno effettuando nell’Istituto di cura indicato nella certificazione.**