

**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) _____

Scuola di titolarità _____ Prov. _____

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 vigente sulla mobilità:

- di essere residente

nel Comune di _____ prov. _____
alla via _____

- Che l'istituto di cura è ubicato

nel Comune di _____ prov. _____

- di fruire della precedenza di cui all'art. 13/1 punto III del CCNI vigente
- in quanto in possesso di **certificazione ASL/Azienda ospedaliera** attestante la **GRAVE PATOLOGIA** come da documentazione allegata al modulo-domanda;
- di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza, a comunicarlo all' A.T.P. , 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.