# ALLEGATO F DICHIARAZIONE DI SERVIZIO CONTINUATIVO

Io sottoscritto dichiaro sotto la mia responsabilità di prestare servizio, nel corrente anno scolastico / , presso la unità scolastica

ubicata nel comune di di attuale titolarità e di aver prestato ininterrottamente servizio nella medesima unità scolastica *(a)* conservandone la titolarità ovvero in altre istituzioni per cui non si interrompe la continuità come previsto dalla nota 5 dell’allegato 2 del contratto sulla mobilità:

# Anni di continuità:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Anno scolastico** | **Scuola (*c)*** | **Note *(d)*** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

dichiaro altresì di aver prestato ininterrottamente servizio nel succitato comune, conservandone la titolarità in altre unità scolastiche dello stesso, nei seguenti anni scolastici immediatamente precedenti a quelli già dichiarati *(b)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anno scolastico** | **Scuola *(c)*** |
| 1 |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |

## DICHIARAZIONE PERSONALE PER CHI HA DIRITTO ALL’ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA DI ISTITUTO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO

Al Dirigente Scolastico ISTITUTO COMPRENSIVO

“Lido del Faro”

Il / La sottoscritt nat\_ a il in servizio con contratto a t.i, per il corrente a.s. presso codesto Istituto, in qualità di , in riferimento a quanto previsto dal C.C.N.I. concernente la mobilità del personale docente, educativo ed ATA per l’a.s. 2022/23***(esclusione dalla graduatoria di istituto per i perdenti posto)***

## dichiara sotto la propria responsabilità

(a norma delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, come integrato dall’art.15 della legge 16 gennaio 2003 e modificato dall’art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183),

di aver diritto a non essere inserit nella graduatoria di istituto per l’identificazione dei perdenti posto da trasferire d’ufficio in quanto beneficiario delle precedenze previste per il seguente motivo:

* + 1. ***DISABILITA’ E GRAVI MOTIVI DI SALUTE***

Questa precedenzacomprende il personale che si trova in una delle seguenti condizioni:

1. Personale scolastico docente non vedente (art.3 della legge 28 marzo 1991, n. 120);
2. Personale emodializzato (art. 62 della legge 270/82);
   * 1. ***PERSONALE CON DISABILITA’ E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE***

***CONTINUATIVE***

Questa precedenza comprende i docenti che si trovano in una delle seguenti condizioni:

1. Disabili di cui all’art. 21 della legge 104/92, richiamato dall’art. 601 del D.Lgs. n. 297/94, con un grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648;
2. Personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia);
3. Personale appartenente alle categorie previste dal comma 6, dell’art. 33 della legge n. 104/92, richiamato dall’art. 601 del D.Lgs. n. 297/94;
   * 1. ***ASSISTENZA AL CONIUGE ED AL FIGLIO CON DISABILITA’*** ;
     2. ***ASSISTENZA DA PARTE DEL FIGLIO REFERENTE UNICO AL GENITORE CON DISABILITA’;***

***ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE***

***Per usufruire di questa precedenza, il familiare disabile al quale il docente presta assistenza, deve avere la***

***certificazione con connotazione dei gravità, cioè l’art.3, comma 3 della legge 104/92.***

* + 1. ***PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI***

*Quanto dichiarato va documentato con idonea certificazione se non già in possesso dell’ufficio.*

Data

Firma

**DICHIARAZIONE PERSONALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a | |  |  | | |
| nato/a |  | | | Il | **/ /** |
| residente a | |  | | | |
| In via/piazza/n. civico | | |  | | |
| Docente |  | | | | |

## DICHIARO

Sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/00 come modificato ed integrato dall’art. 15 della Legge 16/01/03 n. 3, ai fini dell’attribuzione del punteggio e per beneficiare delle specifiche disposizioni di legge, contenute nell’OM sulla mobilità del personale docente ed ATa a T.I. della scuola, e nel CCNI sulla mobilità:

Grado di parentela che intercorre tra il richiedente e la/le persona/e cui intende ricongiungersi: proprio stato civile

* comune di residenza del familiare a cui intende ricongiungersi
* il familiare vi risiede con decorrenza anagrafica dal
* relazione di parentela e nominativo della persona a cui intende ricongiungersi:

## Numero dei figli di età inferiore ai 6 anni o ai 18 anni (entro il 31.12.2021)

Cognome e nome Data di nascita

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Data

Firma

# RECLAMO AVVERSO LA GRADUATORIA INTERNA

*(da compilare avverso la graduatoria redatta dal Dirigente Scolastico per l’individuazione dei soprannumerari)*

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo “Lido del Faro”

Oggetto: Reclamo avverso la graduatoria d’Istituto per individuazione dei soprannumerari

l sottoscritt , nato/a a

il , residente a , in Via , titolare c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di , presa visione della graduatoria interna d’Istituto per l’individuazione dei soprannumerari pubblicata all’albo online della scuola in data

,

# PROPONE RECLAMO,

avverso la suddetta graduatoria, per i seguenti motivi:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Per i motivi sopra citati chiede l’accoglimento del presente reclamo e la conseguente rettifica della graduatoria d’Istituto relativa alla propria posizione.

Firma

Fiumicino,