

**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.