

DIOCESI : \_\_\_\_\_ (indicare la diocesi di titolarità)

..l.. sottoscritt.. \_\_\_\_\_ nat.. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ docente IRC  
con contratto a t.i. dal \_\_\_\_\_ nel **settore (Indicare Primario e/o Secondario)** \_\_\_\_\_  
presso la scuola / istituto \_\_\_\_\_ appartenente alla diocesi di \_\_\_\_\_,  
a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi  
del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la personale responsabilità

### DICHIARA

#### *Esigenza di famiglia*

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	RELAZIONE DI PARENTELA

Che il proprio figlio \_\_\_\_\_ è affetto da infermità o difetto fisico o mentale  
che è causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro; (l'assoluta o permanente impossibilità di dedicarsi a  
qualsiasi proficuo lavoro deve essere documentato con certificazione rilasciata dall'ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore \_\_\_\_\_ è ricoverato  
permanentemente nell'istituto di cura \_\_\_\_\_; (il ricovero permanente deve  
essere documentato con certificato rilasciato dall'istituto di cura)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore è bisognoso di cure continuative da praticarsi presso l'Istituto di  
cura \_\_\_\_\_, tale da comportare di necessità la residenza **solo**  
nel comune di \_\_\_\_\_, sede dell'istituto di cura (la necessità e l'assiduità delle cure continuative deve essere  
documentata con certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare  
della competente ASL)

#### *Titoli generali*

Di aver conseguito, nell'a.s. 2021/2022, il seguente titolo:

1) \_\_\_\_\_, conseguito in data  
\_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ ;  
\_\_\_\_\_

Di avere diritto a precedenza (la certificazione sanitaria deve essere allegata) in quanto usufruisce dei benefici previsti dalla l.n. 104/92 e del CCNI del 24.02.2015, art. 7 punto III, n. 2 (barrare la casella di interesse):

- Art. 21;
- Art. 7, punto III, n. 2 CCNI del 24.02.2015;
- Art. 33, comma 6;
- Art. 33, commi 5 e 7;

A tal fine, ai sensi della lett.b) dell'art. 9 CCNI del 24.02.15, dichiara di prestare assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva in favore di \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (indicare relazione di parentela), che non è ricoverato a tempo pieno in istituto specializzato.

Allo scopo allega:

---

In fede,

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia responsabilità di prestare servizio, nel corrente a.s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , presso la unità scolastica \_\_\_\_\_ ubicata nel comune di \_\_\_\_\_ di attuale titolarità e di aver prestato ininterrottamente servizio nella medesima unità scolastica conservandone la titolarità.

**Anni di continuità entro il quinquennio:**

	Anno scolastico	Scuola (a)	Note
1	2009/2010		
2	2010/2011		
3	2011/2012		
4	2012/2013		
5	2013/2014		

**Anni di continuità oltre il quinquennio:**

	Anno scolastico	Scuola
1	2014/2015	
2	2015/2016	
3	2016/2017	
4	2017/2018	
5	2018/2019	
6	2019/2020	
7	2020/2021	

In fede

\_\_\_\_\_

**NOTE**

a) Riportare il codice della scuola nel caso in cui risulti diversa da quella attuale.