Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

BERNALDA

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

docente con contratto a tempo indeterminato nella scuola infanzia primaria

**RICHIEDE**

l’esclusione dalla graduatoria per l’individuazione dei perdenti posto l’a. s. 2022/23 per l. 104/92

personale

l’esclusione dalla graduatoria per l’individuazione dei perdenti posto l’a. s. 2022/23 per

assistenza:

* al coniuge…………………………….……………………………………………………
* al figlio/alla figlia ………………………………………………………………………….
* al fratello/alla sorella convivente perchè entrambi i genitori sono impossibilitati a provvedere all’assistenza del figlio/della figlia disabile grave perchè totalmente inabili o perchè entrambi scomparsi.………………………………………………………………………………………
* al genitore con disabilità……………………………………………………………………..,

residente a……………………………………………………comune di……………………………..

**DICHIARA**

ai sensi del DPR445/2000, modificato e integrato dall’art. 15 legge2003 n.3 e dall’art. 15 comma 1della L. 183/2011 di assistere la madre/il padre il coniuge………………………………………. **nel medesimo comune ove è ubicata la scuola, ovvero plessi, sezioni associate della suddetta;**

ovvero dichiara, ai sensi del DPR445/2000, modificato e integrato dall’art. 15 legge2003 n. 3 e

dall’art. 15 comma 1 della L. 183/2011 di assistere la madre/il padre il coniuge……………………………………………in comune **non coincidente** con quello ove è ubicata la scuola ovvero plessi, sezioni associate della suddetta.

**Lo scrivente/la scrivente al fine dell’esclusione dalla graduatoria per l’individuazione dei perdenti posti per l’a.s. 2022/23, presenterà domanda volontaria di trasferimento per il comune**

**di**……………………………………………………...., **dove risiede il familiare assistito.**

BERNALDA ……………………………. Firma……………………………………………………………