**MODELLO F**

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

Al Dirigente Scolastico

dell’I.I.S. Publio Virgilio Marone

Mercato San Severino (Sa)

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio per il corrente a.s. presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (classe di concorso/ profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), in riferimento a quanto previsto dall’art.13, comma 2 lettera a (per il personale docente) e dall’art.40, comma 2 lettera a (per il personale ATA) del CCNI mobilità 2019/2022- Esclusione dalla Graduatoria d’Istituto per I’ individuazione dei perdenti posto del personale DOCENTE/ATA beneficiario delle precedenze previste ai punti I), III), IV) e VII) del comma 1 deI succitati articoli,

**dichiara sotto la propria responsabilità**

(a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000, come lntegrato daIl’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 e modificato dall’art. 1S della legge 12 novembre 2011, n.183)

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

 personale docente non vedente; personale emodializzato **(titolo I);**

 personale disabile e personale che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (**titolo III**);

 assistenza al coniuge e al figlio con disabilità; assistenza da parte del figlio referente unico al genitore con disabilità (**in questo caso con disabilità permanente**); assistenza da parte di chi esercita la tutela legale (**titolo IV**);

 personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli Enti Locali (**titolo VII**).

Inoltre, dichiara di voler presentare per l’ anno scolastico 2022/2023 domanda volontaria di trasferimento per il comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dove risiede il familiare assistito.

Mercato San Severino, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)