

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

..l.. sottoscritt.. \_\_\_\_\_ nat.. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ docente IRC  
con contratto a t.i. dal \_\_\_\_\_ nel settore (Indicare Primario e/o Secondario) \_\_\_\_\_  
titolare 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)

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:

**Titoli generali**

Di aver conseguito, nell'a.s. 2024/2025, il seguente titolo:

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

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

**Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 679/2016 e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati personali forniti in fase di compilazione del presente modulo, ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003.**

In fede  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI SERVIZIO CONTINUATIVO**

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**

	<b>Anno scolastico</b>	<b>Scuola (a)</b>	<b>Note</b>
<b>1</b>	2009/2010		
<b>2</b>	2010/2011		
<b>3</b>	2011/2012		
<b>4</b>	2012/2013		
<b>5</b>	2013/2014		
<b>6</b>	2014/2015		
<b>7</b>	2015/2016		
<b>8</b>	2016/2017		
<b>9</b>	2017/2018		
<b>10</b>	2018/2019		
<b>11</b>	2019/2020		
<b>12</b>	2020/2021		
<b>13</b>	2021/2022		
<b>14</b>	2022/2023		
<b>15</b>	2023/2024		

In fede

---

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