Allegato 5

# DICHIARAZIONE PERSONALE (depennare le parti che non interessano)

Il/La sottoscritto/a nato/a a ( ) il

e residente a in via n. , in qualità di

a tempo indeterminato nell’I.C S.G.BOSCO. di San Salvatore Teleisno, **consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000),**

DICHIARA SOTTO LA PERSONALE RESPONSABILITA'

ai fini dell’attribuzione dei punteggi per l’INDIVIDUAZIONE DEL PERS.LE SOPRANNUMERARIO:

1. TRASFERIMENTO D’UFFICIO NELL’ULTIMO QUINQUENNIO

a) di essere stato/a trasferito/a d’ufficio, in quanto soprannumerario, a decorrere dall’a.s. / , dalla

scuola \_alla scuola \_ e di aver richiesto di essere restituito alla scuola di precedente titolarità negli aa.ss. / e / ;

1. PUNTEGGIO AGGIUNTIVO
   1. ai fini dell’attribuzione del punteggio aggiuntivo (p.10) di cui alla lett.D) della tabella valutazione titoli:
2. di non aver presentato, a decorrere dalle operazioni di mobilità per l’a.s. 2000/01, domanda di trasferimento provinciale, passaggio provinciale per il seguente triennio:a.s. a.s. a.s. ;
3. successivamente all’acquisizione del suddetto punteggio aggiuntivo, di non aver ottenuto a seguito di domanda volontaria in ambito provinciale il trasferimento, il passaggio o l’assegnazione provvisoria;

# ESIGENZE DI FAMIGLIA

1. di essere coniugato/a con nato/a a il \_ anagraficamente seco convivente, residente a dal ;

* di essere celibe / nubile / vedovo/a ed anagraficamente convivente

con nato/a a il \_

(cognome e nome) (relazione parentela)

residente a dal ;

1. di avere n. figli minor di anni 6 (al 31.12.2024)
   1. nat a il
   2. nat a il
2. di avere n. figli di età compresa tra 6 e 18 anni (al 31.12.2024)
   1. nat a il
   2. nat a il

* che l figli nat a

il , a causa del suo stato fisico e/o psichico si trova nell'assoluta permanente impossibilità a dedicarsi ad un proficuo lavoro (figlio maggiorenne invalido);

1. che l propri

(relazione parentela) (cognome e nome)

nat a il può essere assistit soltanto nel comune di in quanto nella sede di ,

dove attualmente l sottoscritt è titolare, non esiste un istituto di cura presso il quale l medisim possa essere assistit (dichiarazione a corredo della documentazione medica rilasciata dalla Commissione A.S.L.).

**TITOLI GENERALI** di aver conseguito i seguenti titoli: . VARIE ED EVENTUALI:

Data

***dichiarazione personale***

firma