**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**PER CURE CONTINUATIVE**

**(cancellare le voci che non interessano**)

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno |  |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., di fruire della **precedenza in base all’art 13/1 punto III** del CCNI sulla mobilità:

* di essere residente

|  |
| --- |
| nel Comune di prov. |
| alla via |

* Che l’istituto di cura è ubicato

|  |
| --- |
| nel Comune di prov. |

* di fruire della precedenza di cui all’art. 13/1 punto III sub punto II del CCNI in quanto in possesso di **certificazione ASL** attestante la **GRAVE PATOLOGIA** come da documentazione allegata
* di svolgere le cure presso l’Istituto di cura di situato nello stesso comune di residenza;
* di impegnarsi, nel caso vengano meno le condizioni per usufruire della precedenza, a comunicarlo all’ A.T.P. , 10 giorni prima del termine ultimo di comunicazione al SIDI delle domande.