

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a ..... il.....

codice fiscale: .....

profilo di .....

titolare presso codesto Istituto, consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi della Legge n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche,

**DICHIARA**

che, relativamente all'aggiornamento della graduatoria interna, fatto salvo il punteggio derivante dal servizio effettuato nell'a.s.2015/16 e dalla continuità

**NULLA E' VARIATO RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE;**

oppure vi e' la seguente variazione:

- I - ESIGENZE DI FAMIGLIA (VEDI SCHEDA ALLEGATA)**
- II - TITOLI GENERALI (VEDI SCHEDA ALLEGATA)**
- BENEFICIARIO/A LEGGE 104 (VEDI DICHIARAZIONE ALLEGATA)**

DICHIARA, ALTRESÌ,

\_\_\_ Di essere portatore di handicap di cui all'art. 21 della legge n. 104/92, comma.....art..... e percentuale di invalidità \_\_\_\_\_;

\_\_\_Di prestare assistenza al proprio familiare, portatore di handicap che si trova nelle condizioni di cui all'art. 33, commi 5 o 7 legge 104/92 grado di parentela

\_\_\_\_\_ Cognome e nome \_\_\_\_\_,

nat.. il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, abitante a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ distretto di

appartenenza \_\_\_\_\_ di cui è allegata la relativa certificazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_