

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a .....a.....

Codice fiscale: .....

Docente 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,

NULLA E' VARIATO RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE;

Oppure vi e' la seguente variazione:

- I - ANZIANITÀ DI SERVIZIO: (VEDI SCHEDA ALLEGATA)
- II - ESIGENZE DI FAMIGLIA (VEDI SCHEDA ALLEGATA)
- III - 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 \_\_\_\_\_,

Nato. Il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, abitante a \_\_\_\_\_

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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_