

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ (____)

il ____ / ____ / 19____ in servizio presso _____, in qualità di
(nome istituzione scolastica)

[CS / Ass.Amm / AT / ins. infanzia / ins. primaria / per i professori : SOLO classe di concorso] _____, ai fini di quanto previsto dall'art. 5 dell'O.M. 446/97, dall'art. 12 bis del Dec. Leg.vo 61/2000, dall'art. 73 della L. 133/2008 e dalla C.M.P.A.I. n. 8/2008,

dichiaro/autocertifico

sotto la mia personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e ss.ii. e mm. e a conoscenza delle conseguenze di carattere amministrativo e penale in caso di dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del medesimo DPR. 445/2000),

[barrare, quando previsto, la/e casella/e che interessa/no]

- 1) di avere comunque diritto** alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale **verticale od orizzontale** in quanto lavoratore/trice affetto/a da **patologie oncologiche**, con una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita (ex art. 12-bis del Dec. Leg.vo 61/2000). All'uopo **si allega il certificato** di accertamento da parte **della competente commissione medica**.
- 2) di possedere al 15/03/2017 una anzianità di servizio** di ruolo e pre ruolo riconosciuto o riconoscibile ai fini della carriera pari ad **aa.** _____, **mm.** _____, **gg.** _____ [*come risultante dal fascicolo informatico al SIDI*]
- 3) di aver usufruito** di periodi di **aspettativa senza assegni** pari a **aa.** _____, **mm.** _____, **gg.** _____ [*come risultante dal fascicolo informatico al SIDI*]
- 4) di avere diritto alla/e seguente/i precedenza/e in quanto** (cfr art. 3, comma 3, O.M. 446/97)
- 4a)** sono portatore di handicap o di invalidità;
- 4b)** ho persone a carico (legge 11 febbraio 1980, n. 18)
- 4c)** ho familiari a carico portatori di handicap;
- 4d)** ho figli di età inferiore a quella prescritta per la frequenza della scuola dell'obbligo;
- 4e)** assisto familiare/i portatore/i di handicap;
- 4f)** ho superato i sessanta anni di età e/o ho compiuto venticinque anni di effettivo servizio;
- 4g)** ho motivate esigenze di studio.

____/03/2017

(firma)

si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (SOLO IN CASO DI INVIO PER POSTA)

oppure

ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, art. 38, in qualità di dipendente addetto alla ricezione degli atti, attesto che la sottoscrizione della è stata apposta in mia presenza dalla/dal sig.ra/sig. _____.

____/03/2017

[cognome, nome del dipendente addetto alla ricezione]

[firma del dipendente addetto alla ricezione]

(I dati personali contenuti nel presente modello saranno trattati dall'Amministrazione solo ai fini del procedimento richiesto e nel rispetto del Dec. Leg.vo. 196/2003 e ss. ii. e mm.)