

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER IL DIRITTO ALL'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA D'ISTITUTO  
PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO**

Al Dirigente Scolastico

\_\_ I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ in servizio per il corrente a.s. presso codesto Istituto, per l'a.s. 2024/2025

**dichiara sotto la propria responsabilità**

(ai sensi DPR 445/2000, come integr. dall'art. 15, L. 6/2003 e mod. dall'art. 15 L. 183/2011)

di aver diritto a non essere inserit\_\_ nella graduatoria d'istituto per l'individuazione dei perdenti posto in quanto beneficiario delle precedenzae previste per il seguente motivo:

**DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE**

Questa precedenza comprende il personale che si trova in una delle seguenti condizioni:

- 1) personale scolastico docente/ATA non vedente (art. 3, L. 120/1991);
- 2) personale emodializzato (art. 61, L. 270/82).

**PERSONALE CON DISABILITA' O BISOGNOSO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE**

Questa precedenza comprende i docenti/ATA che si trovano in una delle seguenti condizioni:

- 1) disabili di cui all'art. 21, L. 104/92, richiamato dall'art. 601, D.lgs. 297/94, con invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie I, II, III, tabella "A", L. 648/1950;
- 2) personale (non necessariamente disabile) che ha bisogno per gravi patologie di particolari cure a carattere continuativo (ad esempio chemioterapia);
- 3) personale appartenente alle categorie previste al comma 6, art. 33, L. 104/92, richiamato dall'art. 601, D.lgs. 297/94.

**ASSISTENZA A CONIUGE, O FIGLIO CON DISABILITA'; ASSISTENZA DEL REFERENTE UNICO AL GENITORE CON DISABILITA'; ASSISTENZA DA PARTE DI CHI ESERCITA LA TUTELA LEGALE**

Per usufruire di questa precedenza, il familiare disabile a cui il docente/ATA presta assistenza, deve avere la certificazione con connotazione di gravità, cioè l'art.3, comma 3, L. 104/92.

**PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI EE.LL.**

Inoltre, dichiara di aver presentato per l'A.S. 2024/2025 domanda volontaria di trasferimento per il comune di \_\_\_\_\_, dove risiede il familiare assistito.

**Documentazione allegata:**

.....  
.....  
.....  
.....

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_