**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**ESIGENZE DI FAMIGLIA**

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

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

***PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO***

***Il punteggio è assegnato solo se il familiare risiede nel comune di titolarità***

* **PER IL PERSONALE CONIUGATO (è possibile ricongiungersi al solo coniuge coniuge/parte dell’unione civile o convivente di fatto)**

di essere il coniuge/parte dell’unione civile o convivente di fatto, a cui si chiede il ricongiungimento, di

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al coniuge/parte dell’unione civile o convivente di fatto trasferito per lavoro**

Che il proprio coniuge (sopra indicato) è stato trasferito per esigenze di servizio nei tre mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell’ordinanza nel comune di (prov.) con decorrenza dal

**Allegati:**

* **dichiarazione del datore di lavoro che attesti tale circostanza.**

**PER IL PERSONALE NON CONIUGATO/SEPARATO (GENITOR O FIGLIO)**

GENITORE, a cui si chiede il ricongiungimento

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**FIGLIO**, a cui si chiede il ricongiungimento

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. |
| il residente nel Comune di |
| Prov. dal |

Si dichiara che la decorrenza dell’iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell’O.M. concernente la mobilità.

**ESISTENZA FIGLI FINO AI 6 ANNI**

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. |
| il |

**ESISTENZA FIGLI FINO DAI 7 AI 18 ANNI**

|  |
| --- |
| Cognome Nome |
| Nato/a a Prov. |
| il |

**PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE**

***Il punteggio è assegnato solo se il familiare è ricoverato nel comune di titolarità***

**Che il figlio/coniuge/parte dell’unione civile o convivente di fatto genitore**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**Allegati:**

* **certificato rilasciato dall’istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge/parte dell’unione civile o convivente di fatto o del genitore.**
* **certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall’azienda sanitaria locale o dall’ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell’istituto di cura.**

**che il figlio tossicodipendente**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**Allegati:**

* **certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_