

**DICHIARAZIONE PER LA PRECEDENZA - art. 13 co. 4 CCNI 2022/2023 (4)**  
**(genitore – coniuge – tutore legale– fratello convivente)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**ai fini della fruizione della precedenza per l'assistenza al figlio/coniuge/fratello convivente/persona sottoposta a tutela legale riconosciuto disabile in situazione di gravità**

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,**  
**ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni**

**residenza**

- di essere residente/domiciliata/o in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ *(limitatamente ai comuni con più distretti)*
- che la decorrenza dell'iscrizione anagrafica/dell'elezione del domicilio è anteriore di tre mesi alla data di pubblicazione dell'O.M. concernente la mobilità

**rapporto di parentela/tutela e residenza/domicilio dell'assistito**

- di essere genitore/coniuge/fratello convivente di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

*oppure*

- di essere tutore legale di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, a seguito di nomina del Giudice tutelare di \_\_\_\_\_ con provvedimento \_\_\_\_\_
- residente/domiciliata/o in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ *(limitatamente ai comuni con più distretti)* con decorrenza dell'iscrizione anagrafica/dell'elezione del domicilio anteriore di tre mesi alla data di pubblicazione dell'O.M. concernente la mobilità.

**situazione di disabilità dell'assistito e di non ricovero a tempo pieno**

- che il figlio/coniuge/fratello convivente/persona sottoposta a tutela non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati ed è stato dichiarato disabile in situazione di gravità **con carattere permanente** ai sensi della legge 104/92 dalla commissione medica di cui all'art. 4 della stessa legge, presso la ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, come da certificazione **che si allega in formato cartaceo/elettronico PDF**

*oppure*

- che il figlio/coniuge/fratello convivente/persona sottoposta a tutela non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati ed è stato dichiarato disabile in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92 **in via provvisoria (1)** con certificazione rilasciata da medico di base (*sindrome di Down*)/medico specialista nella patologia denunciata in servizio presso l'A.S.L. \_\_\_\_\_, **che si allega in formato cartaceo/elettronico PDF (E' obbligatorio presentare la certificazione definitiva entro 10 giorni dalla ricezione)**
- che il riconoscimento della situazione di disabilità grave è stato richiesto alla ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ come risulta dal certificato di cui sopra

*oppure*

- che il figlio non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati ed è stato dichiarato disabile in situazione di gravità fino al \_\_\_\_\_ ai sensi della legge 104/92 dalla commissione medica di cui all'art. 4 della stessa legge, presso la ASL di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ come da certificazione **che si allega in formato cartaceo/elettronico PDF**

**assistenza da parte del fratello o sorella conviventi di soggetto disabile in situazione di gravità**

- che presta assistenza al fratello/sorella convivente in quanto i genitori sono scomparsi

*oppure*

- che presta assistenza al fratello/sorella convivente in quanto i genitori sono impossibilitati perché totalmente inabili (sentenza della Corte Costituzionale n. 233/2005) come da documentazione di invalidità **che si allega in formato cartaceo/elettronico PDF**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_