**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**ESIGENZE DI FAMIGLIA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| residente a | Prov. |
| Via |  |  Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., il possesso delle seguenti **esigenze di famiglia:**

1. ***PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO***

**di essere il**

**[ ] CONIUGE**

**[ ] PARTE DELL’UNIONE CIVILE**

**[ ] GENITORE (*per ricongiungimento al figlio*)**

**[ ] FIGLIO (*per ricongiungimento al genitore*)**

**[ ] CONVIVENTE (*deve risultare da certificazione anagrafica*)**

**[ ] PARENTE/AFFINE (*deve risultare da certificazione anagrafica*)**

**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 scadenza delle domande concernenti le assegnazioni provvisorie.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al coniuge trasferito per lavoro**

Che il proprio coniuge 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.**

Tale dichiarazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

***PUNTEGGIO PER ESISTENZA DEI FIGLI[[1]](#footnote-1)***

 ***(si prescinde dalla residenza dei figli)***

1. **FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6:**

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

1. **FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18:**

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

**FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO:**

**che il figlio maggiorenne**

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

**risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.**

**Allegati:**

* **certificazione sanitaria o copia autenticata della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.**

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

1. **PER RICONGIUNGIMENTO AI FAMILIARI BISOGNOSI DI CURE**

**Che il figlio/coniuge/genitore**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste istituto di cura presso il quale il proprio figlio/coniuge/genitore sopra indicato possa essere assistito.

**Allegati:**

* **certificato rilasciato dall’istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge 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.**

Tali certificazioni devono essere scannerizzate e allegate al modulo domanda oppure consegnate/inviate all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

**che il figlio tossicodipendente**

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

può essere curato e/o assistito esclusivamente nel comune di (prov ) richiesto per trasferimento, in quanto nella sede dove attualmente il/la sottoscritto/a è titolare non esiste una struttura pubblica o privata presso la quale il medesimo può essere sottoposto a programma terapeutico e socio-riabilitativo, ovvero perché in tale comune - residenza abituale - il figlio tossicodipendente viene sottoposto a programma terapeutico con l’assistenza di un medico di fiducia.

**Allegati:**

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

Tale certificazione deve essere scannerizzata e allegata al modulo domanda oppure consegnata/inviata all’ATP di competenza. Fa fede la data del protocollo o dell’invio della PEC.

1. **I punteggi riferiti “al figlio” si intendono estesi anche al figlio adottivo o in affidamento preadottivo o in affidamento. Il punteggio va attribuito anche per i figli che compiono i 6 anni o i 18 anni entro il 31/12.** [↑](#footnote-ref-1)