**ALL. n. 1**

**MODELLO DI SCELTA DELLA SEDE E COMUNICAZIONE PRECEDENZA AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 CON RIFERIMENTO AGLI INCARICHI DI CUI AL D.M. 119/2023 (II FASE CALL VELOCE SOSTEGNO)**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PROV. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PROV.\_\_\_\_\_\_),Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_, documento di identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(allegare)**

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

recapito e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

incluso/a nelle GPS della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- I fascia e relativi elenchi aggiuntivi - posto sostegno, cdc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in posizione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver diritto alla precedenza nella scelta della sede ai sensi:

○ **art. 21 e art. 33 c. 6 (Disabilità personale)**

E a tal proposito allega:

□ certificato invalidità uguale o superiore a 2/3 e riconoscimento handicap L. 104/92 (art. 21)

□ certificato handicap grave art, 3 comma 3 L. 104/92 (art. 33 c. 6)

○ **art. 33, commi 5 e 7 L. 104/1992 per assistenza al familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (indicare il grado di parentela)

E a tal proposito allega:

□ certificato riconoscimento condizione handicap o copia conforme L. 104/92, art. 33 comma 3

□ attestazione gravità handicap (riconoscimento gravità art. 3 c. 3 L. 104/1992)

□ autocertificazione attestante rapporto di discendenza, coniugio, parentela o sentenza adozione e affidamento; l’autocertificazione deve recare la composizione del nucleo familiare

□ autocertificazione no ricovero del parente da assistere a tempo pieno presso istituti specializzati

□ autocertificazione residenza o domicilio dell’assistito

**COMUNICA**

Di accettare la proposta di assunzione a tempo determinato finalizzata all’immissione in ruolo di cui al D.M. n. 119/2023 - posto sostegno e, a tal fine, indica le seguenti sedi in ordine di preferenza (indicare tutte le sedi disponibili elencate nell’allegato n. 2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1  | 13 | 25 |
| 2 | 14 | 26 |
| 3 | 15 | 27 |
| 4 | 16 | 28 |
| 5 | 17 | 29 |
| 6 | 18 | 30 |
| 7 | 19 | 31 |
| 8 | 20 | 32 |
| 9 | 21 | 33 |
| 10 | 22 | 34 |
| 11 | 23 | 35 |
| 12 | 24 | 36 |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_