

**DICHIARAZIONE PERSONALE
PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO
ESISTENZA FIGLI
(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.

Titolare (posto/classe di
concorso/sostegno)

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 (LETTERE B e C)** in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità a.s. 2024/25 (**è possibile cancellare le voci che non interessano**):

B) FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6:

Cognome

Nome

Nato/a il

A

Prov.

C) 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 della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.**

Data _____

Firma leggibile
