

**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**

\_\_\_\_\_