

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art.46 D.P.R. 28.12.2000 n° 445)

ALLEGATO C

Al Dirigente Scolastico

I.I.S. "E. Fermi" di Montesarchio (BN)

Il/la sottoscritto/a .....

docente di (classe di concorso) .....

titolare presso codesto Istituto, ai fini dell'aggiornamento della graduatoria interna d' Istituto dell'anno scolastico 2021/2022, per individuazione del personale **DOCENTE** soprannumerario per l'anno scolastico 2022/2023;

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità:

che, relativamente all'aggiornamento della graduatoria interna, **NULLA E' VARIATO RISPETTO**

**ALL'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE**, fatto salvo il punteggio derivante dal servizio effettuato nell'anno scolastico 2020/2021 con la variazione dati per le esigenze di famiglia (vedi dichiarazione allegata).

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

\_\_\_\_\_

Firma leggibile



DICHIARAZIONE ALLEGATO C - F

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. 2020/21 (è possibile cancellare le voci che non interessano):

**B) FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6 (pp. 4 per ogni figlio):**

Cognome

Nome

Nato/a il

A

Prov.

**C) FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18 (pp. 3 per ogni figlio):**

Cognome

Nome

Nato/a il

A

Prov.

**FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO (pp. 3 per ogni figlio):**

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.**