**INTENDENZA SCOLASTICA IN LINGUA ITALIANA DI BOLZANO** *Istruzione primaria e secondaria*

***Mobilità annuale***

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’

ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche

**DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA DISABILE AI FINI DELLA PRECEDENZA - L. 104/92 – art. 33 commi 5 e 7**

*(vedere art. 8 punto IV dell’ipotesi di CCNI sulla mobilità annuale 2017/2018*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  nato/a il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a ………………………………………:……………… prov. ……………….…………..…  residente a ……………………………………… ………….via/piazza…………………………………………………………………..…n. ……………...  domiciliato a ………………………………………………….via/piazza…………………………………………………………………..…n. ……………..  (*se diverso da residenza)*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   codice fiscale  docente con contratto a tempo indeterminato, titolare presso …………………………………………………………………………………………….:.  su classe di concorso/posto …………………………….ed in servizio presso ……………………………………………………………………..……… |

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

|  |
| --- |
| ❒ di **prestare assistenza** al Sig./alla Sig.ra ………………………………………………………….…………………………………………………  nato/a il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a ………………………………………:……………… prov. ……………….…………..…  residente a ……………………………………… ………….via/piazza…………………………………………………………………..…n. ……………...  domiciliato a ……………………………………………… via/piazza…………………………………………………………………..…n. ……………..  (*se diverso da residenza)*  ❒ che **il/la suddetto/a Sig./ra** è il/la proprio/a ❑ coniuge\* , ❑ figlio/figlia; ❑ genitore; ❑ fratello/sorella;  *(“coniuge” s’intende anche in rif. alle unioni civili)*  oppure:  ❑ che **il/la sottoscritto/a esercita la tutela legale nei confronti del/la suddetto/a Sig./ra a seguito di provvedimento dell’autorità giudiziaria****competente**  ❒ che **il/la suddetto/a Sig./ra è persona disabile in situazione di gravità**  (la particolare condizione fisica deve avere carattere permanente salvo il caso in cui la persona disabile sia il/la figlio/a)  *(allega certificato della commissione medica funzionante presso l’A.S.L. ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92 – (v. art. 4 OM 207/18)*  ❒ che **il/la suddetto/a Sig./ra non è ricoverato/a a tempo pieno presso un Istituto di cura specializzato** |

**DICHIARA**

inoltre

|  |
| --- |
| **nel caso di ASSISTENZA AL GENITORE**  ❒ **di prestare assistenza al genitore** dato che l’altro genitore………………………………………………*…………………………………………..*  *(nome e cognome, data e luogo di nascita)*  ❑ è deceduto il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a ………………………………  ❑ è impossibilitato a provvedere all’assistenza del coniuge per i seguenti motivi …………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  *(in caso di patologie invalidanti allegare certificazione medica)*  ❒ **di prestare pertanto assistenza al genitore in qualità di figlio/a referente unico/a** considerato il fatto   * di essere anagraficamente figlio/ unico/a   ❑ di essere l’unico/a figlio/a convivente con il genitore a cui presta assistenza  *In questo caso non è richiesta la dichiarazione di cui a pag. 4 riservata ai figli che non sono in grado di prestare assistenza al genitore.*  *(Note: Per il concetto di convivenza si riconduce anche a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo, stesso numero civico anche se interni diversi. v. Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 18 febbraio 2010, prot. n. 3884)*  ❑ che gli altri/le altre figli/figlie ………………………………………………………………….…………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (*indicare nome e cognome, luogo e data di nascita)*  non sono in grado di prestare assistenza al genitore  *(allega dichiarazione sostitutiva di atto notorietà rilasciata da ciascuno dei fratelli attestante le ragioni oggettive dell’impossibilità*  *di prestare assistenza al genitore – usare modello di dichiarazione a pag. 4)*  ❑ di essere l’unico/a figlio/a che ha chiesto di fruire per il corrente intero anno scolastico dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza, ai sensi dell’art. 33 della legge 104/92, ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001  **nel caso di ASSISTENZA AL FRATELLO/SORELLA**  ❒ di convivere con il proprio fratello/la propria sorella disabile in situazione di gravità;  *(Nota: per il concetto di convivenza si riconduce anche a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo, stesso numero civico anche se interni diversi – v. Circolare Ministero*  *del Lavoro e delle Politiche sociali 18 febbraio 2010, prot. n. 3884)*  ❒ che i propri genitori ………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (*nome e cognome, data e luogo di nascita*)   * sono deceduti il………………………………………….a……………………………………………………………………………………… * non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili   *(al fine di attestare tale stato di invalidità si allega specifica certificazione di invalidità)*  **nel caso di ASSISTENZA AI PARENTI/AFFINI**  ❒ di convivere con il parente / affine disabile in situazione di gravità;  *(Nota: per il concetto di convivenza si riconduce anche a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso Comune, riferita allo stesso indirizzo, stesso numero civico anche se interni diversi – v. Circolare Ministero*  *del Lavoro e delle Politiche sociali 18 febbraio 2010, prot. n. 3884)*  ❒ di essere l’unico parente entro il **secondo** grado che presta assistenza al soggetto disabile  ❒ di essere l’unico parente entro il **terzo** grado che presta assistenza al soggetto disabile in quanto   * i genitori o ❒ il coniuge stesso   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (*nome e cognome, data e luogo di nascita*)   * sono/è deceduti/o il………………………………………….a………………………………………………………………………………… * non sono in grado di prestare assistenza perché totalmente inabili   ❒ di essere l’unico affidatario del soggetto disabile in quanto altri parenti o affini non sono in grado di effettuare l’assistenza per ragioni esclusivamente oggettive *(come da dichiarazioni allegate)*  *(al fine di attestare tale stato di invalidità si allega specifica certificazione di invalidità)* |

**Documentazione da allegare in forma cartacea/digitale**

|  |
| --- |
| *(barrare la casella di interesse)*  ❒ certificazione medica o copia autenticata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92 attestante l’accertamento del grave stato di disabilità della persona che si assiste *(accertamento rilasciato dalle commissioni mediche presso le ASL)*  ❒ certificazione medica attestante l’invalidità dei genitori;  ❒ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di ogni altro/a figlio/a relativa all’impossibilità di prestare assistenza al genitore *(v. pagina 4)* |

**Dichiara** di essere consapevole delle responsabilità penali, di cui all‘art. 76 del DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni sulla documentazione amministrativa, in caso di dichiarazione mendace.

**Data** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ **Firma** ….…………………………………………………..

**Nota:**  La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto:

*…………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………..*

*(indicare in stampatello il nome del dipendente e la sede di servizio)*

o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d’identità del sottoscrittore.

*N.B. firma autografa solo per le categorie di docenti tenute a presentare l’istanza di mobilità e relativi allegati su modulo cartaceo*

*N.B. le istanze e le dichiarazioni inviate on line sono equivalenti alle istanze e dichiarazioni sottoscritte con firma autografa ai sensi dell’art. 65 del Codice dell’Amministrazione Digitale.*

Nel caso in cui il docente abbia richiesto la precedenza prevista dall’art. 33, commi 5 e 7 della legge 104/92 in qualità di **referente unico per l’assistenza al disabile**, **ogni altro parente o affine dovrà rilasciare la seguente dichiarazione** relativa all’impossibilità di prestare assistenza.

*La seguente dichiarazione non è necessaria qualora il docente referente unico per l’assistenza al disabile sia anche l’unico/a parente o affine convivente con il disabile.*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  nato/a il \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a ………………………………………………………:…………………….. prov. ……………….…………..…  residente a ……………………………………… ………….via/piazza…………………………………………………………………..…n. ……………...   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   codice fiscale  figlio/a del Sig./della Sig.ra ……………………………………………………………………………….…… che si trova in uno stato di grave disabilità |

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di non essere nelle condizioni di prestare assistenza al parente o affine disabile per i seguenti motivi:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* di non avvalersi dei 3 giorni di permesso retribuito mensile per l’assistenza al familiare disabile (ai sensi dell’art. 33 della legge 104/92 ovvero del congedo straordinario ai sensi dell’art. 42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001)

**Dichiara** di essere consapevole delle responsabilità penali, di cui all‘art. 76 del DPR n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni sulla documentazione amministrativa, in caso di dichiarazione mendace.

**Data** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ **Firma** ….…………………………………………………..

**Nota:**  La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto:

*…………………………………………………………………………….…………….…………………………………………………………………………………..*

*(indicare in stampatello il nome del dipendente e la sede di servizio)*

o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d’identità del sottoscrittore.

*N.B. firma autografa solo per le categorie di docenti tenute a presentare l’istanza di mobilità e relativi allegati su modulo cartaceo*

*N.B. le istanze e le dichiarazioni inviate on line sono equivalenti alle istanze e dichiarazioni sottoscritte con firma autografa ai sensi dell’art. 65 del Codice dell’Amministrazione Digitale.*

|  |
| --- |
| **Informazioni ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016**  **Titolare del trattamento** **dei dati personali** è la Provincia autonoma di Bolzano, piazza Silvius Magnago 4, 39100 Bolzano, e-mail: [direzionegenerale@provincia.bz.it](mailto:direzionegenerale@provincia.bz.it)  PEC**:** [generaldirektion.direzionegenerale@pec.prov.bz.it](mailto:generaldirektion.direzionegenerale@pec.prov.bz.it)  **Responsabile della protezione dei dati (RPD**)**:** I dati di contatto del RPD della Provincia autonoma di Bolzano sono i seguenti: Provincia autonoma di Bolzano, Ufficio Organizzazione, Piazza Silvius Magnago 1, 39100 Bolzano; e-mail: [rpd@provincia.bz.it](mailto:rpd@provincia.bz.it) PEC: [rpd\_dsb@pec.prov.bz.it](mailto:rpd_dsb@pec.prov.bz.it)  **Finalità del trattamento:** I dati forniti saranno trattati da personale autorizzato dell’Amministrazione provinciale anche in forma elettronica, per le finalità istituzionali connesse al procedimento amministrativo per il quale sono resi in base alla normativa vigente (DPR 89/1983; D. lgs. 434/1996; L. 104/1992 e tutta la normativa richiamata e allegata alle disposizioni citate).  Preposto al trattamento dei dati è il Direttore pro tempore della Ripartizione 17 – Intendenza scolastica italiana - presso la sede dello stesso.  Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. |
| **Comunicazione e destinatari dei dati:** I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati per gli adempimenti degli obblighi di legge nell’ambito dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali e comunque in stretta relazione al procedimento amministrativo avviato. Potranno altresì essere comunicati a soggetti che forniscono servizi per la manutenzione e gestione del sistema informatico dell’Amministrazione provinciale e/o del sito Internet istituzionale dell’Ente anche in modalità cloud computing. Il cloud provider Microsoft Italia Srl, fornitore alla Provincia del servizio Office365, si è impegnato in base al contratto in essere a non trasferire dati personali al di fuori dell’Unione Europea e i Paesi dell’Area Economica Europea (Norvegia, Islanda e Liechtenstein). |
| **Diffusione:** Laddove la diffusione dei dati sia obbligatoria per adempiere a specifici obblighi di pubblicità previsti dall’ordinamento vigente, rimangono salve le garanzie previste da disposizioni di legge a protezione dei dati personali che riguardano l’interessato.    **Durata:** I dati verranno conservati per il periodo necessario ad assolvere agli obblighi di legge vigenti in materia fiscale, contabile, amministrativa.    **Processo decisionale automatizzato:** Il trattamento dei dati non è fondato su un processo decisionale automatizzato.    **Diritti dell’interessato:** In base alla normativa vigente l’interessato ottiene in ogni momento, a richiesta, l’accesso ai propri dati; qualora li ritenga inesatti o incompleti, può richiederne la rettifica e/o l’integrazione; ricorrendone i presupposti di legge può opporsi al loro trattamento, richiederne la cancellazione ovvero la limitazione del trattamento. In tale ultimo caso, esclusa la conservazione, i dati personali, oggetto di limitazione del trattamento, potranno essere trattati solo con il consenso del richiedente per l’esercizio giudiziale di un diritto del Titolare, per la tutela dei diritti di un terzo ovvero per motivi di rilevante interesse pubblico.  La richiesta è disponibile alla seguente pagina web*:* <http://www.provincia.bz.it/it/amministrazione-trasparente/dati-ulteriori.asp>  **Rimedi:** In caso di mancata risposta entro il termine di 30 giorni dalla presentazione della richiesta, salvo proroga motivata fino a 60 giorni per ragioni dovute alla complessità o all’elevato numero di richieste, l’interessato può proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati o inoltrare ricorso all’autorità giurisdizionale. |