

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Resa ai sensi del DPR 445/00

Al dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di

BARI SARDO

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ (prov. _____) il _____

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci verranno applicate le sanzioni previste dalla Legge, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

AI FINI DELL'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PERDENTI POSTO PER L'A.S. 2020/2021,

dichiara

di beneficiare della seguente precedenza:

- ☐ I) DISABILITA' E GRAVI MOTIVI DI SALUTE
- ☐ III) PERSONALE CON DISABILITA' E PERSONALE CHE HA BISOGNO DI PARTICOLARI CURE CONTINUATIVE
- ☐ V) ASSISTENZA AL CONIUGE ED AL FIGLIO CON DISABILITA', OVVERO ASSISTENZA DEL FIGLIO UNICO AL GENITORE CON DISABILITA'
- ☐ VII) PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI LOCALI

Si allega alla presente idonea certificazione (nel caso in cui non sia già stata presentata c/o l'ufficio di segreteria).

data _____

firma del dichiarante
