

**DICHIARAZIONE PERSONALE DI ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA D'ISTITUTO
(Individuazione perdenti posto - A.S. 2026/2027)**

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in servizio per il corrente a.s. presso codesto Istituto in qualità di (Docente/ATA) _____,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, di aver diritto all'**esclusione dalla graduatoria d'istituto** per l'individuazione dei perdenti posto (C.C.N.I. Mobilità a.s. 2026/27), essendo beneficiario di una delle seguenti precedenzae previste dall'art. 13 del CCNI:

(Barrare la casella corrispondente al motivo della precedenza)

- **1. DISABILITÀ E GRAVI MOTIVI DI SALUTE**
 - Personale non vedente (Art. 3 L. 120/91).
 - Personale emodializzato (Art. 61 L. 270/82).
- **2. PERSONALE CON DISABILITÀ E PERSONALE CHE NECESSITA DI CURE CONTINUATIVE**
 - Disabili di cui all'art. 21 L. 104/92 (invalidità > 2/3).
 - Personale che necessita di particolari cure a carattere continuativo (es. chemioterapia) per gravi patologie.
 - Personale con disabilità grave di cui all'art. 33, comma 6, L. 104/92.
- **3. ASSISTENZA AL CONIUGE, AL FIGLIO, AL GENITORE O A CHI SI ESERCITA TUTELA LEGALE**
 - Assistenza a familiare con disabilità grave (Art. 3, comma 3, L. 104/92).
 - *Nota: L'esclusione si applica solo se la scuola di titolarità è nella provincia del domicilio dell'assistito.*
- **4. PERSONALE CHE RICOPRE CARICHE PUBBLICHE NELLE AMMINISTRAZIONI LOCALI**
 - Valido per la durata del mandato e solo se titolari nella stessa provincia in cui si esercita la carica.

NOTE E CONDIZIONI PER L'ESCLUSIONE (Punto 3)

In riferimento alla precedenza per **Assistenza (Punto 3)**, il sottoscritto dichiara inoltre:

1. Che la scuola di titolarità è ubicata nella **provincia del domicilio** dell'assistito.
2. (Se applicabile) Di aver presentato **domanda volontaria di trasferimento** per il comune di domicilio dell'assistito, in quanto la scuola di titolarità si trova in un comune diverso.

DOCUMENTAZIONE: Si allega alla presente la documentazione/certificazione medica attestante il possesso dei requisiti sopra dichiarati, come previsto dalle vigenti disposizioni sulla mobilità.

Data: _____ Firma: _____