**ALLEGATO 4**

**DICHIARAZIONE PERSONALE PER CHI HA DIRITTO ALL'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA D'ISTITUTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERDENTI POSTO**

Al Dirigente Scolastico

Liceo Statale “DEMOCRITO”

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio per il corrente a.s. presso questo Istituto con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi del C.C.N.I. sottoscritto il 29/01/2025, concernente la mobilità del personale docente, educativo e A.T.A. per il triennio 2025/2026, 2026/2027 e 2027/2028 (Sistema delle precedenze ed esclusione dalla Graduatoria interna d'Istituto per l'individuazione dei perdenti posto)

**dichiara**

di aver diritto a non essere inserita/o nella graduatoria d'istituto per l'identificazione dei perdenti posto da trasferire d'ufficio in quanto beneficiario delle precedenze previste per il seguente motivo:

□ disabilità e gravi motivi di salute (titolo I)

□ personale trasferito d’ufficio negli ultimi dieci anni richiedente il rientro nella scuola o istituto di precedente titolarità

□ personale con disabilità e personale che ha bisogno di particolari cure continuative (titolo III)

□ assistenza al coniuge ed al figlio con disabilità; assistenza da parte del figlio al genitore con disabilità; assistenza da parte di chi esercita la tutela legale (titolo IV)

□ personale trasferito d’ufficio negli ultimi dieci anni richiedente il rientro nel comune di precedente titolarità

□ personale coniuge di militare o di categoria equiparata

□ personale che ricopre cariche pubbliche nelle amministrazioni degli Enti Locali (titolo VII)

□ personale che riprende servizio al termine dell’aspettativa sindacale di cui al CCNQ del 04/12/2017 e successive modificazioni e integrazioni.

Inoltre, dichiara di voler presentare per l’anno scolastico 2025/2026 domanda volontaria di trasferimento per il comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dove   
risiede il familiare assistito.

Allega la seguente documentazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_