**Per Domanda di ASSEGNAZIONE PROVVISORIA SCHEDA 2**

***SCUOLA DELL’INFANZIA , SCUOLA PRIMARIA***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI**

**resa ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000. n. 445, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della Legge 16.1.2003, n. 3.**

Il**....** sottoscritt............................................................................................................................

nat... a ........................................(prov. di...............................................) il....../....../.............

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',**

**consapevole delle responsabilità penali previste dal D.P.R. 445/2000 così come modificato ed integrato dall’art. 15 della L. 3/2003 in caso dì dichiarazione mendace**

**1)** di essere di **stato civile** ..........................................................................**(** lo stato di separato può essere dichiarato solo in presenza di atto omologato dal Tribunale, specificandone gli estremi)

**2)** che la persona a cui chiede di ricongíungersi è .............................................................................

( cognome, nome, data di nascita)

con la quale ha il seguente rapporto di parentela ...........................................................................

Il suddetto **familiare** risiede nel comune di .................................................................................

con decorrenza risultante all'anagrafe del medesimo Comune dal ....../...... /................

( Nel caso trattasi di convivente occorre produrre la certificazione anagrafica)

**3)** di avere i seguenti **figli minori (anche affidati con provvedimento giudiziario) :**

.................................................................. ...............................................................

................................................................. ...............................................................

................................................................ .................................................................

.............................................................. ................................................................

(cognome e nome) (luogo e data di nascita)

**4)** che il/la sig./sig.ra .................................................................................(genitore, figlio, coniuge) (cognome, nome, data di nascita)

ha bisogno di |\_| **ricovero permanente** (allega il certificato dell'istituto di cura)\*

|\_| **cure continuative (** allega certificato dell'Ente pubblico ospedaliero o dell’A.S.L. da cui risulta tale necessità)\*

e può essere assistito soltanto nel comune richiesto.

\* cancellare la voce che non interessa.

**5)** - di essere in possesso dell’abilitazione per:

(indicare tipo posto e estremi abilitazione)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

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

**6)** - di aver superato il periodo di prova si |\_| no |\_|

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

Luogo e data firma del docente