Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva ai fini dell’esclusione graduatoria soprannumerari per assistenza familiare beneficiario l.104/92

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………….…………, nato/a a ………………………………………….. il ……………………………., personale ATA /DOCENTE titolare presso codesto Istituto, ai fini dell’ aggiornamento della graduatoria interna d’istituto per l’a.s. 2022/2023,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e ai sensi dell’Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell’Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

che, relativamente all'aggiornamento della graduatoria interna di istituto, ai fini dell’esclusione dalla graduatoria, il proprio familiare assistito (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , grado di parentela­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,titolare

dei benefici della legge 104/92

* é residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

1 tagliare le voci che non interessano