

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**Via Orlando Costa, 1/3 - 89823 FABRIZIA (VV) - 0963315834**

vvic80700b@istruzione.it **-** vvic80700b@pec.istruzione.it

# ALLEGATO 4 - Dichiarazione personale cumulativa docenti- ATA (autocertificazione)

Il/la sottoscritto/a nato/a

il , in servizio nell’a.s. 2023/2024 presso l’IC FABRIZIA

, in qualità di docente o ATA a tempo indeterminato per l’ordine di scuola

# DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell’art. 46 e successivi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 in caso di dichiarazioni mendaci, quanto segue:

***(Barrare le caselle e compilare le sezioni che interessano)***

# ESIGENZE DI FAMIGLIA

**[ ] Ricongiungimento al coniuge o parte dell’unione civile**

di aver contratto matrimonio o unione civile con

che è residente nel Comune di - via/piazza

con cui intende ricongiungersi

# [ ] Ricongiungimento ai genitori o ai figli per i non coniugati

 di essere e di ricongiungersi ai propri genitori (celibe, nubile)

di essere genitore del/i figlio/i :

residente/i nel Comune di con cui intende ricongiungersi

***(Barrare le caselle e compilare le sezioni che interessano)***

# [ ] Ricongiungimento ai genitori o ai figli in caso di separazione o divorzio

 di essere divorziato/a con sentenza del Tribunale

 di essere separato/a consensualmente o legalmente con atto del Tribunale ed in assenza di figli dichiara di

ricongiungersi ai propri genitori

 di essere genitore del/i figlio/i :

residente nel Comune di con cui intende ricongiungersi

# [ ] Anagrafica relativa ai figli

 nat…. il

 nat…. il

 nat…. il

 nat…. il

# [ ] Assistenza di parenti da ricoverare in istituto di cura

Che il sig. che con lo scrivente ha il rapporto di parentela

di (figlio, coniuge, parte dell’unione civile, genitore)

può essere assistito soltanto nel Comune di in quanto nella sede di titolarità non esiste

un istituto di cura nel quale il medesimo possa essere assistito

Data ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma