ALLEGATO B

DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI PRECEDENZA, UTILI AI FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME

L_S O T T O S C R I T T _____

NAT_A_____(PROV.)_____IL_____

TITOLARE PRESSO_____

QUALIFICA/PROFILO PROFESSIONALE _____

CLASSE DI CONCORSO / TIPO DI POSTO_____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA' E AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968, N. 15 QUANTO SEGUE:

- DI ESSERE PORTATORE DI HANDICAP O DI INVALIDITA' RICONOSCIUTA AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLE ASSUNZIONI OBBLIGATORIE;
- DI AVERE A CARICO _L_ SIG._____ PER IL QUALE E' RICONOSCIUTO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI CUI ALLA L.N.18/80;
- DI AVERE I SOTTONOMINATI FIGLI DI ETA' INFERIORE A QUELLA PRESCRITTA PER L'OBBLIGO SCOLASTICO:

  COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

  .....

  .....

  .....
- DI ASSISTERE _L_ SIG._____ PORTATORE DI HANDICAP NON INFERIORE AL 70%, MALATO DI MENTE, ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (SOTTOLINEARE LA VOCE CHE INTERESSA);
- DI ESSERE GENITORE DEI SOTTO NOMINATI FIGLI MINORI

  COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

  .....

  .....

  .....
- DI AVER SUPERATO IL SESSANTESIMO ANNO DI ETA'
- DI AVER COMPIUTO IL VENTICINQUESIMO ANNO DI EFFETTIVO SERVIZIO.

FIRMA .....