

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLE ISTANZE RELATIVE ALLA
PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA STRAORDINARIA**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI MOBILITA'
VOLONTARIA STRAORDINARIA (ai sensi dell'art. 17 della Legge 266/99):**

- autocertificazione attestante il proprio stato di famiglia, ai sensi della normativa vigente;
- dispaccio con il quale il coniuge è stato trasferito d'autorità da una ad altra sede di servizio.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI MOBILITA'
VOLONTARIA STRAORDINARIA (ai sensi dell'art. 42 bis del D.Lgs. 151/2001
e ss.mm.ii):**

- autocertificazione attestante il proprio stato di famiglia, ai sensi della normativa vigente, in cui si evince la presenza di un figlio di età inferiore ai tre anni;
- attestazione del datore di lavoro del coniuge ove venga indicata la sede dove esercita la propria attività lavorativa e la costanza del rapporto di lavoro o autocertificazione sottoscritta dal coniuge ai sensi della normativa vigente.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI MOBILITA'
VOLONTARIA STRAORDINARIA (ai sensi dell'art.33 c.5 e/o c.6 della Legge
104/92 e ss.mm.ii.):**

- verbale di accertamento dell'handicap da cui risulta la connotazione di gravità – ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 – del dipendente o del familiare da assistere;
- dichiarazione, redatta secondo la normativa vigente in materia, da cui risulta il grado di parentela con il familiare assistito nonché le condizioni espressamente previste dall'art.33 della legge 104/92 così come modificato dall'art.24, della legge 183/2010 (**ALLEGATO N.1**);
- autocertificazione attestante lo stato di famiglia del parente da assistere redatta secondo la normativa vigente in materia.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 445/2000, la
falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi
speciali vigenti, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

❖ che

l'assistito

(nome e cognome, data nascita)

è residente in _____;

e domiciliato in _____;

☐ è proprio familiare entro il 2° grado in quanto (*) _____;

ovvero

☐ è proprio familiare di 3° grado in quanto (*) _____;
e si trova in una delle condizioni previste dall'art.24, 1° comma, della legge
n°183/2010;

(*) indicare la relazione di parentela

❖ che

☐ nessun altro familiare usufruisce dei benefici per lo stesso soggetto
portatore di handicap;

ovvero

☐ sussiste per il proprio figlio disabile il riconoscimento del diritto anche nei
confronti dell'altro genitore _____

(nome e cognome, data nascita)

in servizio presso _____,
(P.A. e comune presso cui eventualmente presta servizio)

ma la fruizione dei permessi avviene alternativamente;

❖ che

☐ l'assistito NON è ricoverato a tempo pieno in strutture che assicurino
assistenza sanitaria continua e/o specialistica;

ovvero

☐ l'assistito è ricoverato a tempo pieno nella struttura sanitaria

(denominazione e comune)

ma bisognevole di assistenza in quanto minore di età o paziente in stato di
coma vigile e/o terminale, come da documentazione allegata.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs.
196/2003.

Data _____

Firma _____