

**DICHIARAZIONE PERSONALE  
PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO  
ESIGENZE DI FAMIGLIA  
(cancellare le voci che non interessano)**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a

Prov.

il

Titolare (posto/classe di  
concorso/sostegno)

**PUNTEGGIO DI RICONGIUNGIMENTO**

***Il punteggio è assegnato solo se il familiare risiede nel comune di titolarità***

- **PER IL PERSONALE CONIUGATO** (è possibile ricongiungersi al solo coniuge coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto)

di essere il coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto, a cui si chiede il ricongiungimento, di

Cognome

Nome

Nato/a

a

Prov.

il

residente nel Comune di

Prov.

dal

Si dichiara che la decorrenza dell'iscrizione anagrafica sopra indicata è anteriore di almeno tre mesi alla data di pubblicazione dell'O.M. concernente la mobilità.

**Eventuale dichiarazione per ricongiungimento al coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto trasferito per lavoro**

Che il proprio coniuge (sopra indicato) è stato trasferito per esigenze di servizio nei tre mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'ordinanza nel comune di (prov.) con decorrenza dal

**Allegati:**

- **dichiarazione del datore di lavoro che attesti tale circostanza.**

**PER IL PERSONALE NON CONIUGATO/SEPARATO (GENITOR O FIGLIO)**

GENITORE, a cui si chiede il ricongiungimento



- certificato rilasciato dall'istituto di cura dal quale si evince il ricovero permanente del figlio, del coniuge/parte dell'unione civile o convivente di fatto o del genitore.
- certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare dal quale si evince il bisogno di cure continuative tali da comportare di necessità la residenza o il domicilio nella sede dell'istituto di cura.

**che il figlio tossicodipendente**

Cognome

Nome

Nato/a il

A

Prov.

**Allegati:**

- certificazione rilasciata dalla struttura pubblica o privata in cui avviene la riabilitazione.

Data

Firma