**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEI BENEFICI**

**DELLA PRECEDENZA ART.23 COMMI 14 E 15**

**(STRUTTURE OSPEDALIERE – CARCERARIE – SERALI - CPIA)**

**(cancellare le voci che non interessano**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Scuola di titolarità | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In assegnazione/utilizzo nel 2017/18 presso | Prov. |

|  |  |
| --- | --- |
| In esubero o senza sede | Prov. |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., i seguenti **benefici di cui ALL’ART 23 COMMI 14 E 15** del CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2018/19:

DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO:

|  |  |
| --- | --- |
| ISTITUTO |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prov. |

PER IL SEGUENTE TRIENNIO:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. A.S. |  |
| 1. A.S. |  |
| 1. A.S |  |

E DI AVER RICHIESTO TALE TIPOLOGIA DI POSTO NELLA DOMANDA DI TRASFERIMENTO.