

**DICHIARAZIONE RELATIVA AI TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO E PRECEDENZA UTILI AI  
FINI DELL'ISTANZA DI PART-TIME, AI SENSI DELLA LEGGE 4 GENNAIO 1968 N. 15**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

docente di scuola \_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

**TITOLI DI ANZIANITÀ DI SERVIZIO**

- di avere una anzianità di servizio di ruolo, escluso l'anno in corso ed i periodi di aspettativa senza assegni, pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_
- di avere una anzianità di servizio non di ruolo riconosciuta o riconoscibile ai fini della progressione di carriera pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_  
(i docenti indicheranno gli anni scolastici non di ruolo interi prestati col prescritto titolo di studio e quindi riconoscibili ai fini della carriera)
- anzianità complessiva pari ad anni \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ giorni \_\_\_\_

**TITOLI DI PRECEDENZA**

**(contrassegnare con una crocetta le sole situazioni possedute)**

- portatore di handicap o di invalidità riconosciuta ai sensi della normativa sulle assunzioni obbligatorie
- di avere a carico \_l\_ sig. \_\_\_\_\_ per \_l\_ quale è riconosciuto l'assegno di accompagnamento di cui alla l.n.18/80
- familiari a carico portatori di handicap o soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psicofisica (\*)
- 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 età
- di aver compiuto il venticinquesimo anno di effettivo servizio
- di possedere motivate esigenze di studio ( **da autocertificare in modo dettagliato**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\* nota bene:** le situazioni di handicap devono essere documentate con certificazione originale o in copia autentica rilasciata dalla A.S.L.. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali.