



**Ministero dell'Istruzione, Università e della Ricerca**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE AMICIS - BOLANI"**

Codice meccanografico RCIC809007- Codice Fiscale 92031130807

Via Aspromonte, 35 – 89127 - Reggio Calabria - Tel. 0965 23402 Fax 0965 339917

email: [rcic809007@pec.istruzione.it](mailto:rcic809007@pec.istruzione.it) - [RCIC809007@ISTRUZIONE.IT](mailto:RCIC809007@ISTRUZIONE.IT) - [www.deamicisbolani.altervista.org](http://www.deamicisbolani.altervista.org)

Prot. 3893/B14

Reggio Calabria li 13/04/2018

AI DOCENTI TEMPO INDETERMINATO DI IRC  
SCUOLA PRIMARIA E MEDIA  
LORO SEDI  
DSGA  
ATTI

OGGETTO : O. M. 208 del 9 Marzo 2018- graduatoria regionale IRC su base diocesana per l'individuazione dei docenti soprannumerari relativamente all'organico di diritto a. s. 2018/2019 Mobilità personale di IRC per a. s. 2017/18 e graduatoria diocesana.

L'Ufficio Scolastico regionale per la Calabria con nota 8058 del 10/04/2018 dispone quanto previsto dall'O. M. 208/2018 in merito alla formulazione delle graduatorie diocesane per gli insegnanti a tempo indeterminato di IRC. Le SS. LL. sono tenute a presentare entro e non oltre giorno 24/04/2018 presso l'Ufficio Scolastico Regionale agli indirizzi

Settore primario: [elisabetta.messineo@istruzione.it](mailto:elisabetta.messineo@istruzione.it)

Settore secondario: [carlo.congiusta.kr@istruzione.it](mailto:carlo.congiusta.kr@istruzione.it)

l'allegato modello debitamente compilato secondo le indicazioni della già citata O. M..

E' opportuno precisare che le dichiarazioni andranno solamente redatte sul modello allegato e che per comodità potranno recuperarlo in file scrivibile sul sito della scuola.

E' appena il caso di ricordare che andranno allegate al modello tutte le eventuali certificazioni producenti eventuali precedenti o situazioni nuove rispetto alle precedenti dichiarazioni.

Non andranno ridichiarati titoli e servizi già in possesso dell'amministrazione e valutati nella precedente graduatoria per l'anno 2017/2018, andranno ridichiarate tutte quelle situazioni nuove o suscettibili ad annualità

Cordialmente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Giuseppe Romeo

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93)

DIOCESI : \_\_\_\_\_ (indicare la diocesi di titolarità)

..l. sottoscritt. \_\_\_\_\_ nat. a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ docente IRC con contratto  
a t.i. dal \_\_\_\_\_ nel settore \_\_\_\_\_ presso la scuola / istituto  
\_\_\_\_\_ appartenente alla diocesi di \_\_\_\_\_, a conoscenza  
delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed  
integrazioni, sotto la personale responsabilità

**D I C H I A R A**

*Esigenza di famiglia*

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	RELAZIONE DI PARENTELA

Che il proprio figlio \_\_\_\_\_ è affetto da infermità o difetto fisico o mentale che è causa di inidoneità permanente ed assoluta a proficuo lavoro; (l'assoluta o permanente impossibilità di dedicarsi a qualsiasi proficuo lavoro deve essere documentato con certificazione rilasciata dall'ASL o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore \_\_\_\_\_ è ricoverato permanentemente nell'istituto di cura \_\_\_\_\_ ; (il ricovero permanente deve essere documentato con certificato rilasciato dall'istituto di cura)

Che il figlio minorato – coniuge – genitore è bisognoso di cure continuative da praticarsi presso l'Istituto di cura \_\_\_\_\_, tale da comportare di necessità la residenza solo nel comune di \_\_\_\_\_, sede dell'istituto di cura (la necessità e l'assiduità delle cure continuative deve essere documentata con certificato rilasciato da ente pubblico ospedaliero o dall'azienda sanitaria locale o dall'ufficiale sanitario o da un medico militare della competente ASL)

*Titoli generali*

Di aver conseguito, nell'a.s. 2017/2018, il seguente titolo:

1) \_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ ;

Di avere diritto a precedenza (la certificazione sanitaria **deve** essere allegata) in quanto usufruisce dei benefici previsti dalla l.n. 104/92 e del CCNI del 24.02.2015, art. 7 punto III, n. 2 (barrare la casella di interesse):

- Art. 21;
- Art. 7, punto III, n. 2 CCNI del 24.02.2015;
- Art. 33, comma 6;
- Art. 33, commi 5 e 7;

A tal fine, ai sensi della lett.b) dell'art. 9 CCNI del 24.02.15, dichiara di prestare assistenza con carattere continuativo ed in via esclusiva in favore di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (indicare relazione di parentela), che non è ricoverato a tempo pieno in istituto specializzato.

Allo scopo allega:

\_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI SERVIZIO CONTINUATIVO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia responsabilità di prestare servizio, nel corrente a.s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , presso la unità scolastica \_\_\_\_\_ ubicata nel comune di \_\_\_\_\_ di attuale titolarità e di aver prestato ininterrottamente servizio nella medesima unità scolastica conservandone la titolarità.

**Anni di continuità entro il quinquennio:**

	Anno scolastico	Scuola (a)	Note
1	2009/2010		
2	2010/2011		
3	2011/2012		
4	2012/2013		
5	2013/2014		

**Anni di continuità oltre il quinquennio:**

	Anno scolastico	Scuola
1	2014/2015	
2	2015/2016	
3	2016/2017	

In fede

\_\_\_\_\_

**NOTE**

a) Riportare il codice della scuola nel caso in cui risulti diversa da quella attuale.