

Allegato: fotocopia del documento d'identità

Modo di trasmissione preferibile è digitale:

Scannerizzare questo modulo con una fotocopia del documento d'identità e la documentazione richiesta e trasmettere come Pdf con oggetto "Coll.Int. Scelta con precedenza legge 104/1992 cognome nome matricola (se sussistente)" a [personale.scuole.materne@provincia.bz.it](mailto:personale.scuole.materne@provincia.bz.it)

### **Richiesta di scelta con precedenza ai sensi della legge 104/92 alla scelta dei posti mediante la graduatoria per l'assunzione al servizio provinciale a tempo determinato nel profilo professionale di collaboratore e collaboratore all'integrazione**

Il/La sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_,  
nato/nata il \_\_\_\_\_, richiede con la presente, ai sensi della legge 104/92, di scegliere con precedenza alla scelta dei posti di agosto \_\_\_\_\_ mediante la graduatoria di cui in oggetto, e cioè in riferimento alla spettante categoria di appartenenza ai sensi della vigente disciplina per l'assunzione e per il trasferimento.

compilare la parte della situazione in essere (A/B)

#### **SITUAZIONE A (propria disabilità)**

Il/La sottoscritto/sottoscritta richiede, ai sensi dell'articolo 21 delle legge n. 104 del 5 febbraio 1992, la precedenza in base alla propria disabilità (disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3 o invalidità civile di almeno 67 % ai sensi dell'articolo 3, comma 1).

Data \_\_\_\_\_ Il/La sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_

- **Bisogna allegare la certificazione della disabilità/invalidità da parte della competente commissione medica.**

#### **SITUAZIONE B (disabilità di un familiare)**

Il/La sottoscritto/sottoscritta richiede, ai sensi dell'articolo 33 delle legge n. 104 del 5 febbraio 1992, la precedenza in base all'assistenza di un familiare con disabilità (disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3).

Data \_\_\_\_\_ Il/La sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_

- **Bisogna allegare la certificazione della disabilità da parte della competente commissione medica.**
- **Bisogna compilare la seguente autodichiarazione.**
- **La posizione di precedenza ha solamente effetto, se si sceglie in rispetto della legge 104.**
- **Il diritto del beneficio a precedenza deve sussistere al momento della scelta dei posti.**

## AUTODICHIARAZIONE UNICAMENTE PER LA SITUAZIONE B (disabilità di un familiare)

Il/La sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_, nato/nata il \_\_\_\_\_, è consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle (auto)dichiarazioni, che dichiarazioni mendaci possono comportare conseguenze penali e hanno come conseguenza la perdita del beneficio. Il/La sottoscritto/sottoscritta dichiara che le dichiarazioni fatte nel presente modello (pagina 1 e 2) corrispondono a verità e si impegna a comunicare senza indugio all'Amministrazione qualsiasi variazione.

In seguito il/la sottoscritto/sottoscritta fa le indicazioni necessarie sul familiare con disabilità, al quale si riferisce la richiesta di scelta con precedenza ai sensi dell'articolo 33 delle legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

indicazioni sul familiare	
cognome e nome	
data di nascita	
domicilio	
rapporto di parentela	

Il/La sottoscritto/sottoscritta dichiara inoltre,

	indicare nei campi liberi con una crocetta quanto corrisponde			
a) di assistere il familiare menzionato, anche se non con esclusività;	sì, assisto	<input type="checkbox"/>	no, non assisto	<input type="checkbox"/>
b) di essere l'unico lavoratore parente ovvero l'unica lavoratrice parente che usufruisce del beneficio ai sensi della legge 104/92;	sì, l'unico/l'unica	<input type="checkbox"/>	no, non l'unico/l'unica	<input type="checkbox"/>
c) che il familiare menzionato non è ricoverato a tempo pieno in una struttura specializzata;	non è ricoverato	<input type="checkbox"/>	è ricoverato	<input type="checkbox"/>
d) <u>in caso che si tratti di una parentela di terzo grado*</u> : che i genitori od il coniuge del familiare menzionato hanno/ha più di 65 anni, sono/é mancanti/mancante o deceduti/deceduto oppure sono/é affetti/affetto loro/lui stessi/stesso da una patologia invalidante.	una delle citate situazioni corrisponde	<input type="checkbox"/>	le citate situazioni non corrispondono	<input type="checkbox"/>

\* Parenti di terzo grado sono per esempio bisnonni, zii, nipoti (figli dei fratelli), suoceri.

Il/La sottoscritto/sottoscritta è a conoscenza che il beneficio richiesto di scelta con precedenza viene solamente concesso se tutte le indicazioni di cui a, b, c ed - in caso di una parentela di terzo grado - l'indicazione di cui d corrispondono.

Data \_\_\_\_\_ Il/La sottoscritto/sottoscritta \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003)

Titolare del trattamento dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione provinciale anche in forma elettronica, per l'applicazione della legge provinciale 6/2015. Responsabile del trattamento è il/la Direttore/Direttrice della Ripartizione Personale.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

In base agli articoli 7-10 del d.lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.