



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

Scuola dell'infanzia – Primaria – Secondaria di I grado

VIA TIRSO, 25/A - 09094 - MARRUBIU (OR)

TEL 0783 859378 – FAX 0783 859766

Codice fiscale: 90027730952 – Codice IPA:UFIR07

E-Mail [ORIC810007@istruzione.it](mailto:ORIC810007@istruzione.it) – PEC [ORIC810007@pec.istruzione.it](mailto:ORIC810007@pec.istruzione.it)

Sito Web [www.compensivomarrubiu.edu.it](http://www.compensivomarrubiu.edu.it)



Circolare n. 180

Marrubiu, 25.01.2025

A tutti i Docenti a T.I.

Al Personale ATA a T.I.

**dell'Istituto Comprensivo Marrubiu**

Oggetto: Adempimenti preordinati alla corretta gestione del calcolo delle aliquote di riserva ai fini delle assunzioni del personale scolastico. Aggiornamento delle posizioni di titolarità dell'a. s 2025/2026 e acquisizione al SIDI dei titoli di riserva ex Legge n. 68 /1999.

Al fine di rilevare correttamente il personale di ruolo, con assunzione a Tempo Indeterminato, (Docente e ATA) in possesso, dopo l'assunzione, di titoli di riserva, appartenente alle categorie di cui al comma 1 art. 1 e comma 2 art 18 della Legge 68/1999, si chiede al personale aderente alle categoria di cui sopra, di comunicare **entro e non oltre il 5 febbraio 2025**, con dichiarazione personale che si allega alla presente Circolare, le percentuali di riduzione della capacità lavorativa e del grado di invalidità come indicate dalla Legge sopra richiamata. La predetta operazione ha particolare rilevanza in quanto è preordinata al corretto calcolo delle aliquote assunzionali a tempo indeterminato e determinato per il prossimo anno scolastico, onde evitare contenziosi e lesione di diritti degli aspiranti.

Al fine di tutelare la privacy, si chiede di specificare nell'oggetto e nella lettera di trasmissione l'estensione "cognome – nome - contiene dati sensibili".

Si confida nella consueta collaborazione.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Marina Enna**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3 co.2 del D.Lgs n. 39/1993*

**DICHIARAZIONE TITOLI DI RISERVA EX LEGGE N. 68/1999.**

CODICE FISCALE.....  
COGNOME.....  
NOME.....  
LUOGO DI NASCITA.....  
COMUNE DI RESIDENZA.....  
VIA.....  
CAP.....  
DOMICILIO.....  
CITTADINANZA.....  
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA.....  
TELEFONO..... CELLULARE.....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false

**DICHIARA**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

TIPO DI DISABILITÀ:  Invalido Civile  Invalido del Lavoro  Invalido per Servizio

Percentuale Invalidità.....

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente e comunque entro 30 giorni, eventuali variazioni in ordine a quanto dichiarato.

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_