

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, dichiara che:

i dati contenuti nel presente foglio sono resi:

- ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;
- ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernenti le situazioni di incompatibilità;

Comune di nascita _____ Prov. _____ data _____
Residenza anagrafica _____ (comune provincia indirizzo)
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ (comune provincia indirizzo)
Altri recapiti _____ <i>Telefono fisso Cellulare e-mail</i>

Ha assunto servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corso dell'anno scolastico _____/_____/_____ in data _____ per n. ore _____

In qualità di:

- Personale ATA
 - Assistente Amministrativo
 - Collaboratore Scolastico

- Personale Docente
 - scuola dell'infanzia;
 - scuola primaria
 - sostegno infanzia/primaria
 - IRC Religione

<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato per _____ (trasferimento/ass. provvisoria/utilizzazione/ ecc.)
<input type="checkbox"/> supplenza breve
<input type="checkbox"/> fino al termine dell'anno scolastico (31/08)
<input type="checkbox"/> fino al termine delle attività didattiche (30/06)

Data ___/___/_____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di prestare contemporaneo servizio presso le seguenti istituzioni scolastiche:
Scuola _____ per n. ore _____
Scuola _____ per n. ore _____
- che la prima scuola cui è stata presentata la domanda di inclusione nelle graduatorie di Istituto è _____
- l'ultima sede di servizio è stata _____
- altre scuole di servizio per l'unificazione del fascicolo _____

(solo se assunto a tempo indeterminato)

Dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano;
- di avere il seguente codice fiscale: _____;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver a proprio carico sentenze di condanna che comportino interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici;
- di essere nella seguente posizione agli effetti del servizio militare:

- di essere:
 - celibe/nubile; coniugato/a; divorziato/a; vedovo/a; Separato/a legalmente.
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere in possesso della seguente abilitazione per la classe di concorso _____
_____ conseguita nell'anno _____
- di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n. 29 del 03.02.1993 o dall'art. 508 del D.L. 297/94;
- di non essere stato assunto avvalendosi di riserve o precedenza;
- di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata;
- di avere un servizio complessivo _____ di tre anni.
(indicare se maggiore o minore)

AUTODICHIARAZIONE CASELLARIO GIUDIZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183/2011,

DICHIARA

ai fini del D. Lgs. N. 39 del 4 marzo 2014, attuativo della Direttiva 2011/93/UE e sotto la propria responsabilità **di non aver riportato condanne penali o procedimenti penali in corso**, ai sensi degli art.600- bis, 600-ter, 600-quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice Penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

PRESTA

il proprio consenso all'eventuale richiesta del certificato di cui all'art. 25 del DPR 313/2002 e al trattamento dei dati giudiziari da parte del datore di lavoro.

Data ___/___/_____

Firma _____

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Luogo data di nascita e codice fiscale del familiare

ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

- Il/la sottoscritto/a dichiara di avere diritto all'assegno per il nucleo familiare (Allega domanda documentata)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO

- Accreditamento sul c/c bancario/postale le cui coordinate **IBAN** sono:

TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto Scuola, istituita con l'accordo con l' Aran e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001 dichiara altresì:

- di essere già iscritto al Fondo Espero
 di non essere iscritto al Fondo Espero

ALLEGATI

- copia documento di identità
 copia tesserino codice fiscale
 copia titolo di studio
 domanda di attribuzione/rideterminazione assegno familiare

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati.

Data ____/____/_____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Data ____/____/_____

Firma _____