

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dell' "ISTITUTO COMPRENSIVO NAVELLI"**

**OGGETTO: ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.T.A. TEMPO INDETERMINATO** Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (DPR 445/2000 art 46 e 47)

Cognome..... Nome.....Cognome da sposata.....

I.../L... sottoscritt .....pienamente consapevole delle responsabilità penali previste dall'art 75 del DPR 445/2000 in caso di attestazioni non veritiere, dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 quanto segue

È nat... a .....(.....) il ...../...../.....

Cod. Fisc |\_\_\_\_\_| , residente a .....(.....)

CAP |\_\_\_\_\_| in via..... .n.....

Telefono fisso...../..... Cell.....

Titolo di studio.....

Coniugato/a con ..... nato/a a .....(.....)

il ...../...../..... Professione coniuge.....

Figli |\_| a carico |\_| non a carico:

Cognome..... Nome.....nato/a a ..... il ...../...../.....

Cognome..... Nome.....nato/a a ..... il ...../...../.....

Cognome..... Nome.....nato/a a ..... il ...../...../.....

Cognome..... Nome.....nato/a a ..... il ...../...../.....

Cognome..... Nome.....nato/a a ..... il ...../...../.....

CODICE IBAN.....

ULTIMA SCUOLA PRESSO LA QUALE HA PRESTATO SERVIZIO A QUALSIASI TITOLO

| A.S.        | SCUOLA O ISTITUTO | SERVIZIO | QUALIFICA | NATURA INCARICO                        |
|-------------|-------------------|----------|-----------|--|
| ...../..... | .....             | DAL..... |           | TEMPO                                  |
|             |                   | AL.....  |           | <input type="checkbox"/> Determinato   |
|             |                   |          |           | <input type="checkbox"/> Indeterminato |

Assunto con contratto a tempo indeterminato in qualità di

TITOLARITA'.....

TRASFERITO DA.....

ASSEGNAZIONE PROVVISORIA DA.....

UTILIZZO DA.....

IMMISSIONE IN RUOLO DAL .....

Firma del dichiarante

Navelli \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I\_ | RICOSTRUZIONE DI CARRIERA    effettuata dalla scuola.....

DATA ASSUNZIONE IN SERVIZIO ANNO SCOLASTICO IN CORSO.....

SEDE DI SERVIZIO.....H.....SETT.LI

ORARIO COMPLETAMENTO CON ..... H..... SETT.LI-orario spezzone

AMMINISTRATO DA .....

**I.../L.....sottoscritt... dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:**

1. Di non avere rapporti di pubblico impiego o privato e di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità richiamate dall'art.58 del D.L. vo 03/02/93 n° 28 o dall'art. 508 del D.L. vo n° 297 del 16/04/94
2. Di non percepire pensione a qualsiasi titolo o di percepire pensione per..... erogata da.....per un importo mensile di €.....

*Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali »,art.13;e del GDPR (General Date Protection Regulation) n. 2016/679; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D. Lgs, nonché dal Decreto Ministeriale della Pubblica Istruzione n. 305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari... »*

gli addetti al Primo Soccorso, gli Addetti Antincendio e gli addetti all'Emergenza. I loro nominativi sono pubblicati all'albo della scuola ed è possibile ottenerli anche in segreteria.

Firma del dichiarante

Navelli \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca*

DICHIARAZIONI

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

di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero  ha optato per il riscatto della posizione maturata

di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

Data   /  /  

Firma \_\_\_\_\_

Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto.

...l... sottoscritt... dichiara:

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D.L.vo n. 297/1994 o dall'art. 53 del D.L.vo n. 165/2001

ovvero

di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro

Data   /  /  

Firma \_\_\_\_\_

...l... sottoscritt..., ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, 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 \_\_\_\_\_



*Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_  
(per i residenti all'estero: se nati in Italia, indicare il Comune di nascita; se nati all'estero, precisare a quale titolo siano cittadini italiani)

- di godere dei diritti politici
- di essere \_\_\_\_\_  
(indicare lo stato civile: libero, coniugato/a con \_\_\_\_\_)

• che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

|    | Cognome | Nome  | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----|---------|-------|------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |
| 2. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |
| 3. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |
| 4. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |
| 5. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |
| 6. | _____   | _____ | _____            | _____           | _____                 |

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimento amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(art.47, d.P.R. n. 445/2000)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in (Via, Largo, Piazza,....) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d. P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

operatore scolastico presso \_\_\_\_\_

docente presso \_\_\_\_\_  
(istituto scolastico)

Ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017. Sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

anti-poliomelitica

non ricordo

anti-difterica

non ricordo

anti-tetanica

non ricordo

anti-epatite B

non ricordo

anti-pertosse

non ricordo

anti-morbillo

non ricordo

anti-rosolia

non ricordo

anti-varicella

non ricordo

anti-parotite

non ricordo

anti-*Haemophilus influenzae* tipo b

non ricordo

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

il Dichiarante

\_\_\_\_\_

# RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in (Via, Largo, Piazza,....)

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Chiede che le proprie competenze vengano corrisposte con accredito in conto corrente identificato dal seguente **CODICE IBAN** (27 caratteri obbligatori):

|       |          |          |            |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------|----------|------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       |          |          |            |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paese | Cin Iban | Cin Bban | Codice ABI |  |  |  | Codice Cab |  |  |  | numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Beneficiario (intestato

a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_