… l … sottoscritt…

nat… a Prov. il

residente a Prov. CAP

Indirizzo Via e n.

DOMICILIO (solo se diverso)

Recapiti Telefonici / Cellulare -

Codice Fiscale Partita Spesa fissa

Casella di posta elettronica ministeriale @ posta.istruzione.it Casella di posta elettronica PERSONALE @

DOCENTE ◻ Scuola Secondaria 2° grado

PERSONALE ATA ◻ D.S.G.A ◻ Assistente Amministrativo ◻ Collaboratore Scolastico

DICHIARA

di avere assunto servizio per n. ore a seguito di

* Trasferimento definitivo □ Utilizzazione/assegnazione provvisoria
* Nomina a tempo indeterminato □ Supplenza annuale
* Supplenza fino al termine delle attività didattiche □ Supplenza temporanea
* Nomina fino all’avente diritto □ Passaggio di Ruolo
* Incarico annuale per I.R.C.

Eventuale completamento orario:

n. ore presso l’istituto

n. ore presso l’istituto

Istituto anno scolastico precedente

ASP di appartenenza

Che il codice IBAN bancario è il seguente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Chek | | Cin | ABI | | | | | CAB | | | | | N. CONTO | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Che il codice IBAN postale è il seguente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Chek | | Cin | ABI | | | | | CAB | | | | | N. CONTO | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Firma

Si Allega:

1. Fotocopia documento di riconoscimento
2. Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art.46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il ,

residente a via n° , 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

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

* di essere nato/a 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 : celibe , nubile , coniugato/a con …..... vedovo/a di )

* 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)

* di essere in possesso del seguente titolo di studio: rilasciato dalla Scuola/Università di
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
* di **NON AVER RIPORTATO CONDANNE** per taluno dei reati di cui agli art. 600-bis, 600-ter, 600-quarter, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
* che **NON GLI/LE SONO STATE IRROGATE SANZIONI INTERDITTIVE** all’esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
* di **NON ESSERE A CONOSCENZA** di essere sottoposto a **PROCEDIMENTI PENALI** in relazione ai reati di
* cui agli art. 600-bis,600-ter, 600-quarter, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all’esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.;

lì, **Firma**

\_

**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