

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "G. DELEDDA"
CATANIA

OGGETTO: ASSUNZIONE IN SERVIZIO (da compilare in stampatello)

C.F. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

....I.... sottoscritt.....nat.....il.....

a.....(.....) residente invia.....n°.....

e domiciliat.....a.....(.....) via.....n°.....

Tel.....Cell.....e-mail.....

ASL di appartenenza n°.....Città.....P.S.F. n°.....

Docente di.....Classe di concorso.....a seguito contratto a

Tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

per n°.....ore settimanali

Scuola di titolarità

Completamento presso l'Istituto.....

Scuole e sedi di servizio anno precedente:

20___/20___.....

DICHIARA

di assumere servizio in data.....

FIRMA.....

MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 BIS DEL DPR 313/2002

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ il ____ / ____ / ____ in _____ (Stato estero) _____

Sesso: ☐ Maschile ☐ Femminile

Codice fiscale _____

DICHIARA AI SENSI DELL'ART. 71 DPR. N. 445/2000 L'ASSENZA, A SUO CARICO, DI REATI DI CUI ALL'ART. 600-BIS, 600-TER, 600-QUATER, 600-QUINQUIES E 609 UNDECIES, OVVERO DELL'IRROGAZIONE DI SANZIONI INTERDITTIVE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITÀ CHE COMPORTINO CONTATTI DIRETTI E REGOLARI CON MINORI.

PRESTA, ALTRESI', IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ART. 25 DEL DPR 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO.

☐ Allego fotocopia non autenticata del mio documento di riconoscimento

Data _____

Firma



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, ...I... 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.

...I... 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 _____

...I... 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 _____
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

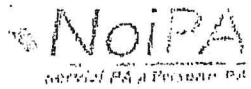
	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

- 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 _____



Dipartimento
dell'Amministrazione Generale,
del Personale e dei Servizi



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio conto corrente bancario:

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

DATA _____

_____ Firma per esteso

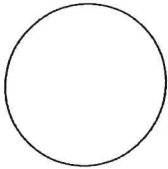
AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente _____

Data _____

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GRAZIA DELEDDA" Piazza M. Montessori, 17 - TEL. 095 369910 FAX 095 369912 - 95124 CATANIA E-mail: icg.delledda@istruzione.it - icg.delledda@pec.istruzione.it Cod. Mecc. CIGRAC8069 - Cod. Fiscale 00027530912 - Cod. Unico Ufficio 047160	
---	---	---

Al Titolare del trattamento dei dati
Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DELLE ISTRUZIONI PER GLI ADDETTI AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto (cognome, nome e CF) _____

in qualità di (*) _____ dell'Istituto,

(*) indicare: docente / assistente amministrativo / DSGA / collaboratore scolastico o altro (specificare)

DICHIARA

di avere acquisito in data odierna le informazioni ("personale dipendente") fornite dal Titolare ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, le stesse anche reperibili nella sezione "Privacy e Protezione dei dati personali" del sito WEB dell'Istituto.

Il sottoscritto, inoltre:

- dichiara di avere preso visione delle istruzioni relative al trattamento che effettuerà per conto del Titolare in qualità di addetto al trattamento (docente / assistente amministrativo e DSGA / tecnico di laboratorio / collaboratore scolastico), le stesse reperibili nella sopracitata sezione del sito;
- si impegna, secondo quanto disposto dal Regolamento relativamente all'istruzione rivolta agli addetti del trattamento, a fruire del WEBINAR che il Titolare metterà a disposizione attraverso una piattaforma informatica dedicata.

Luogo e data _____,

Firma
