AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASALEONE
(VR)

Oggetto: DICHIARAZIONE DI PRESA DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a

nato/a a ( ) il

e residente a

in via n°

C.A.P. Cell.

E-mail

Codice fiscale

D I C H I A R A

di assumere servizio presso questo Istituto in data

in qualità di:

☐ **DSGA reggente** per l'anno scolastico

☐ **DOCENTE** con incarico a ☐ Tempo Determinato ☐ Tempo Indeterminato per l'insegnamento di (classe di concorso) nelle classi per complessive n° ore settimanali di lezione.
Eventuale scuola di completamento presso:
Scuola n° ore.

Ultimo servizio prestato presso:
Scuola sino al
Presentazione domanda in graduatoria presso:

☐ **A.T.A**. nel profilo di

con incarico a ☐ Tempo Determinato ☐ Tempo Indeterminato per complessive n° ore settimanali di servizio.
Eventuale scuola di completamento presso:
Scuola n° ore.
Ultimo servizio prestato presso:
Scuola sino al
Presentazione domanda in graduatoria presso:

☐ **CS** con incarico a ☐ Tempo Determinato ☐ Tempo Indeterminato per complessive n° ore settimanali di servizio.
Eventuale scuola di completamento presso:
Scuola n° ore.
Ultimo servizio prestato presso:
Scuola sino al
Presentazione domanda in graduatoria presso:

☐ Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del GDPR 2016/679 per il trattamento dei dati del personale dipendente e assimilato e dell'autorizzazione al trattamento ex D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679 per il profilo di competenza.

Casaleone,

FIRMA

Riservato all'Ufficio

Contratto
Prot. n._____ del_____

STATO PERSONALE E DI SERVIZIO
(Personale Docente, A.T.A., CS)

Sig. _____ nato/a il

_____ a _____ (____)

Cod.fiscale _____

Residente a _____

Via _____ n° _____

Recapiti telefonici: abitazione _____ cellulare _____.

Stato civile _____

Qualifica _____

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Annotazioni

TITOLI DI STUDIO

Tipo (lauree, diplomi, specializzazioni)	Conseguito presso	Data	Votazione

ABILITAZIONI - CONCORSI

Bando	Tipo di abilitazione o di concorso	Classe	Punteggio	Graduatoria

SERVIZIO MILITARE

DURATA	
DAL	AL

SERVIZIO SCOLASTICO ANTERIORE ALL'ASSEGNAZIONE IN QUESTA SCUOLA

Anno Scolastico	PERIODO DI SERVIZIO		POSIZIONE GIURIDICA (qualifica)	Materie d'insegnamento o profilo professionale	N. ore sett.	DENOMINAZIONE E SEDE DELLA SCUOLA
	dal	al				

Il sottoscritto dichiara, sotto la sua personale responsabilità, che le notizie riportate nella presente scheda corrispondono a verità.

Luogo e Data

Firma del dichiarante

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni
(art. 46 - D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a ( ) il

e residente a

in via n°

C.A.P. Cell.

E-mail

codice fiscale

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt.75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non aver riportato a suo carico condanne per taluni dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero irrogazioni di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

AUTORIZZA

con la presente il dirigente scolastico a richiedere il rilascio del certificato penale del casellario giudiziale esclusivamente per i reati sopra descritti.

Dichiaro di essere informato, ai sensi dell'art. 18 D.Lgs. n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data

Firma del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma in quanto sottoscritta in presenza del dipendente incaricato ad istruire la pratica ovvero sottoscritta o inviata unitamente alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino verrà denunciato all'autorità giudiziaria.

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 penale 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 DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

IL/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. ( ) il

residente a via

Tel. Cell.

in qualità di

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
(spuntare le sole caselle interessate)

☐ di essere nato/a a Prov. ( ) il

☐ di essere residente in Prov. ( ) 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: di stato 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 _____

conseguito il _____ rilasciato da _____ con voti

_____

☐ 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 provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa

☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

lì _____, _____

firmato il/la dichiarante _____

STAMPA

Dipartimento dell'Amministrazione Generale, del Personale e dei Servizi

NoiPA servizi PA a Persone PA

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** :

☐ C/C Postale

☐ Libretto postale nominativo

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 postale 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 Poste Italiane Spa 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 _____