

Oggetto: Assunzione in Servizio (Personale Docente/ATA)

_ l _ sottoscritto/a _____ in _____
(cognome coniuge)

nato/a a _____ (____) il _____ e residente in

_____ via _____ n° _____

tel. _____ n° codice fiscale _____ docente di

_____ / qualifica _____ con n° ore _____
(per il personale docente) (per il personale A.T.A.)

+ n. ore in altre scuole:

n. ore _____ c/o _____

n. ore _____ c/o _____

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna con provvedimento prot. _____ da parte
dell'Ambito territoriale di _____ per n. ore _____

0 per trasferimento 0 per assegnazione provvisoria 0 utilizzazione

0 Incarico annuale sino al _____ 0 incarico del DS sino al _____

Comunica che nell'A.S. precedente ha prestato servizio presso _____

Scuola titolarità _____ città _____

Indirizzo _____

codice meccanografico _____ tel _____

Anno di prova SI NO

Allego copia documento di riconoscimento .

Data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

RESA EX ART. 2 DEL D.LGS. 39/2014

(Art.46, co.1, lett.aa, D.P.R. n.445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____
residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali e civili sancite dall'art.76, D.P.R. n.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

- visto l'art. 2 del D.Lgs. 39/2014;
- viste le lettere aa) e bb) dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli artt.600 *bis*, 600 *ter*, 600 *quater*, 600 *quingies* e 609 *undecies* del Codice penale;
- di non essere sottoposto a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato in relazione all'informativa di cui all'art.13, D.Lgs. n.196/2003, e di autorizzare il trattamento dei dati ivi riportati per le finalità di cui all'art.2, D.Lgs. n.39/2014, ai sensi dell'art.21, D.Lgs. n.196/2003.

Allegato: fotocopia di un documento di identità.

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)



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 _____



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 / /

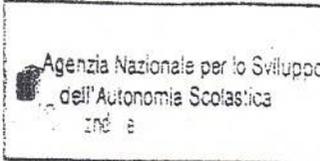
Firma _____



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI



Ministero dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per lo Sviluppo
Della Ricerca e dell'Innovazione
Della Ricerca e dell'Innovazione
e Ricerca di Interesse Nazionale



**Circolo Didattico Statale
Emilio Salgari**

Scuola dell'Infanzia e Primaria
Via Paratore, 34 - 90124 Palermo
Codice fiscale 80016020820

Telefoni sede centrale 091441493-0916477710 fax 091/6478932
Plesso Alongi-Via N. Alongi, 8 telefono 0916474952 (primaria) 0916476869 (infanzia)
Plesso Scuola Infanzia Regionale La Cittadella-Largo del Dragone, 1 telefono 0916477671
pae03100g@istruzione.it pae03100g@pec.it
Direzione: email maria.pizzolanti@istruzione.it www.scuolasalgari.it

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome _____ Nato/a a _____
(prov. _____) il _____ Codice fiscale _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Tel. n. _____ e n. _____ Stato Civile _____
Titolo di studio _____ e-mail personale _____

STATO DI FAMIGLIA

Cognome e nome	luogo e data di nascita	relazione di parentela	annotazioni

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA

Il/La sottoscritto/a _____ qualifica _____ a tempo
determinato dichiara di aver diritto, a decorrere dal _____ alle seguenti detrazioni d'imposta:

LAVORO DIPENDENTE SI NO
PERSONE A CARICO (FIGLI CONIUGE ECC.) SI NO

Nel caso in cui nel nucleo familiare vi siano PERSONE A CARICO, COMPILARE IL MODELLO SPECIFICO PER LE DETRAZIONI

Nel caso in cui nel nucleo familiare vi siano le condizioni per l'erogazione dell'ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE, COMPILARE IL MODELLO SPECIFICO

il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/73 e successive modificazioni e si impegna a comunicare tempestivamente all'Istituto Comprensivo le variazioni alla suindicata situazione.

RISCOSSIONE STIPENDIO

Quietanza diretta presso qualsiasi sportello della Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Accreditamento sul c/c bancario acceso presso la Banca _____

Codice IBAN _____

Il/La sottoscritto/a prende atto, ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96 sul trattamento dei dati personali, che i dati contenuti nella presente autocertificazione verranno trattati prevalentemente con procedure informatizzate e potranno essere forniti ad altri organismi pubblici (ad esempio INPDAP, INPS) esclusivamente per il raggiungimento delle rispettive finalità istituzionali.

DATA

FIRMA

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

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ ()
(luogo) (prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

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 in servizio presso questa I.S. in qualità di _____

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

(luogo, data)

Il Dichiarante

DOCENTE ANNO DI PROVA

Immissione in ruolo Passaggio di ruolo da _____ a _____

Cognome Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____ C.F. _____

Tutor: _____

Ordine di scuola di immissione in ruolo _____

Data di immissione in ruolo ai fini giuridici _____

Data di immissione in ruolo ai fini economici _____

Sede di titolarità immissione in ruolo _____

Provincia di nomina in ruolo _____

Posto comune _____ Posto di sostegno _____

Rinvio di anno di prova o SI (Decreto) _____

- Docenti che si trovano al primo anno di servizio con incarico a tempo indeterminato, a qualunque titolo conferito e che aspirino alla conferma nel ruolo.
- Docenti per i quali sia stata richiesta la proroga del periodo di formazione e prova o che non abbiano potuto completare negli anni precedenti.
- Docenti per i quali sia stato disposto il passaggio di ruolo.
- Docenti che non hanno superato l'anno di prova secondo quanto previsto dall'art. 14 del D.M. 850/2015
- Docenti assunti con contratto a tempo determinato nell'A.S. 2018/2019 da DDG85/2018 e per i quali sia stato prorogato il periodo di prova o in caso di valutazione negativa.

Indirizzo posta elettronica _____

Formazione obbligatoria effettuata oSI oNO

FIRMA