

Oggetto: Assunzione in servizio.

... I ... 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 \_\_\_\_\_ @istruzione.it

Casella di posta elettronica PERSONALE \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- DOCENTE                       Scuola dell'Infanzia    Scuola Primaria    Scuola Secondaria 1° grado  
 PERSONALE ATA    D.S.G.A.    Assistente Amministrativo    Collaboratore Scolastico;

**DICHIARA**

di avere assunto servizio PER N° ORE \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a seguito di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trasferimento definitivo   | <input type="checkbox"/> Utilizzazione/assegnazione provvisoria |
| <input type="checkbox"/> Nomina a tempo indeterminato   | <input type="checkbox"/> Supplenza annuale                      |
| <input type="checkbox"/> Supplenza fino al termine delle attività didattiche                        | <input type="checkbox"/> Supplenza temporanea                   |
| <input type="checkbox"/> Nomina fino all'avente diritto <input type="checkbox"/> Passaggio di Ruolo | <input type="checkbox"/> Incarico annuale per I.R.C.            |

COMPLETA PER N° ORE \_\_\_\_\_ CON \_\_\_\_\_

A.S. precedente: ISTITUTO \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

SOLO PER I SUPPLENTI CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO

**DICHIARA**

ai fini di un eventuale Trattamento di Fine Rapporto, che nella giornata antecedente l'assunzione in servizio presso questa Istituzione Scolastica:

- non prestava servizio presso altra Istituzione Scolastica o altro Ente Pubblico;
- prestava servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

ai fini del CALCOLO DELLE FERIE:

Ha un'anzianità di servizio    SUPERIORE                      INFERIORE                      ai 3 anni

*La presente dichiarazione viene rilasciata dall'interessato/a , consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da omessa o falsa attestazione (D.P.R. n° 445/2000)*

Si Allega:

1. Fotocopia documento di riconoscimento
2. Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria
3. Codice IBAN del C/C per accredito emolumenti

Firma

PALERMO, li \_\_\_\_\_



*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 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 :

Table with 5 columns: Cognome, Nome, Luogo di nascita, Data di nascita, Rapporto di parentela. Rows 1) to 6)

di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_ rilasciato
dalla Scuola/Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

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 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

Il, \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

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

Allegato 2

Il 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 \_\_\_\_\_  
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 2017, 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 |

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_

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