

**OGGETTO:** ASSUNZIONE IN SERVIZIO - Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (DPR 45/2000 art.46 e 47)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità di assumere effettivo servizio in data \_\_\_\_\_

per l'insegnamento di \_\_\_\_\_ T.I.  T.D.  CL. CONC. \_\_\_\_\_  
(docenti)

per il profilo di \_\_\_\_\_  T.I.  T.D.  
(personale ATA)

di essere nat\_\_\_a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n.   CAP \_\_\_\_\_  
n.  CAP \_\_\_\_\_

Telefono fisso   Cell. \_\_\_\_\_

ASL di competenza \_\_\_\_\_

e domiciliato a (se diverso da \_\_\_\_\_

residenza) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Telefono fisso  /  Cell. \_\_\_\_\_

ASL di competenza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

e-mail Istruzione \_\_\_\_\_ email

posta certificata (PEC) \_\_\_\_\_

di essere stato assunto con contratto a tempo  indeterminato  determinato

Titolarità

Trasferimento da \_\_\_\_\_

Assegnazione Provvisoria da \_\_\_\_\_

Utilizzo da \_\_\_\_\_

Immissione in Ruolo dal \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Sede di servizio: \_\_\_\_\_ - h. \_\_\_\_\_ sett.li

orario completamento con: \_\_\_\_\_ - h. \_\_\_\_\_ sett.li

– orario spezzone

- \_\_\_\_\_ h. \_\_\_\_\_ sett.li – orario spezzone

- \_\_\_\_\_ h. \_\_\_\_\_ sett.li – orario spezzone

Amministrato da \_\_\_\_\_

N.B. Allegare fotocopia ultimo cedolino stipendio.

✓ di essere titolare della partita di spesa fissa n° \_\_\_\_\_

✓ di essere inserit\_ nella graduatoria di \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_ con punti \_\_\_\_  
scuola capofila \_\_\_\_\_

✓ che il giorno precedente all'assunzione in servizio presso questo istituto (giorno \_\_\_\_\_)

non era coperto da nessun altro contratto di lavoro

era in servizio presso  
\_\_\_\_\_

✓ di essere in possesso della verifica dei titoli da parte dell'Istituto \_\_\_\_\_  
(eventuale altra attività lavorativa svolta contemporaneamente all'attuale rapporto di pubblico  
Impiego \_\_\_\_\_)

■ di essere cittadino \_\_\_\_\_

■ di godere dei diritti civili e politici;

■ di essere: coniugat  con \_\_\_\_\_  
con \_\_\_\_\_

■ che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto;

■ dichiaro di essere in possesso della certificazione verde COVID19 in corso di validità (green pass)  
rilasciato dal Ministero della salute;

N	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

✓ 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.

di essere già iscritto al Fondo Espero  ha optato per il riscatto della posizione maturata

di non essere iscritto al Fondo Espero

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del DPR 600/73 e successive modificazioni e si impegna a comunicare tempestivamente all'istituto le variazioni alla suindicata situazione.

✓ di essere iscritto nel seguente albo, ordine professionale o elenco

✓ di essere in possesso del seguente titolo di studio dichiarato per l'accesso all'impiego: Laurea:

(denominazione corso di laurea) \_\_\_\_\_

laurea quadriennale  laurea specialistica  laurea magistrale

ambito/classe \_\_\_\_\_

Diploma 2° grado \_\_\_\_\_

Diploma laurea triennale \_\_\_\_\_

data di conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ Votazione \_\_\_\_\_

✓ di essere in possesso dei requisiti previsti della L. 104 del 05/02/1992 e successive modifiche e integrazioni:

si  no

Da compilare il modello specifico

✓ di aver presentato i documenti di rito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

✓ di non avere rapporti di pubblico impiego o privato e di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. vo 03/02/93 n° 28 o dall'art. 508 del D.L. vo n° 297 del 16/04/94;

✓ di non percepire pensione a qualsiasi titolo o di percepire pensione per \_\_\_\_\_  
erogata da \_\_\_\_\_ per un importo mensile di €. \_\_\_\_\_

✓ di avere le seguenti Abilitazioni – Idoneità – Concorsi:

Materia – Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_

Data conseguimento \_\_\_\_\_ Bando \_\_\_\_\_ Posto in Grad. \_\_\_\_\_

- ✓ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ✓ di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater 600 quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di 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;
- ✓ comunica la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti:  
CONTO CORRENTE (IBAN)

Paese	Cin Eur	cin	ABI	CAB	Numero c. c.	Banca/Posta	Agenzia

✓ di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza:

moduli base (ore 4 ) svolto presso \_\_\_\_\_

moduli specifici (ore 8) svolto presso \_\_\_\_\_

altra formazione (pronto soccorso, antincendio etc.):

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

✓ di aver preso visione di quanto segue:

1. Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, sul sito dell'Istituto
2. Norme sulla sicurezza indicate nel sito dell'Istituto

Indirizzo E-MAIL d'Istituto: meic864003@istruzione.it

Questo indirizzo e-mail sarà utilizzato dall'istituto per tutte le comunicazioni scolastiche.

- Si allega:
- a) copia documento d'identità
  - b) copia del codice fiscale
  - c) curriculum vitae

Il/la dichiarante, apponendo la firma nell'apposita sezione, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), dichiara di essere stato informato che potrà esercitare i diritti previsti dal suddetto Regolamento e di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di questo Istituto pubblicata sul sito ufficiale dell'Istituto e di averne compreso il contenuto.

\_\_L\_\_ DICHIARANTE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
luogo data

\_\_\_\_\_

Si attesta che l'assunzione in servizio è avvenuta il giorno \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
*Prof.ssa Luisa Lo Manto*