



**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO "DON BOSCO"**

	<p>Scuola Primaria - Via Platania, n°13 - Tel. 0925/61162 /540864 Scuola dell'infanzia e Primaria - Imbornone, n°1 - Tel. 0925/540424 Scuola Media Navarro - Via Imbornone, snc - Tel. 0925/61281 C.F:83002130843 Cod. Univoco UFT4T8 e-mail: agic85600x@istruzione.it pec: agic85600x@pec.istruzione.it sito web: www.icdonboscoribera.edu.it</p>	
--	---	--

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Don Bosco" Ribera

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, dichiara che:

i dati contenuti nel presente foglio sono resi:

- ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;
- ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernenti le situazioni di incompatibilità;

Comune di nascita _____	Prov. _____	data _____
Residenza anagrafica _____ <i>(comune provincia indirizzo)</i>		
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ <i>(comune provincia indirizzo)</i>		
Altri recapiti _____		
<i>Telefono fisso</i>	<i>Cellulare</i>	<i>e-mail</i>

Ha assunto servizio presso questa Istituzione Scolastica nel corso dell'anno scolastico _____/_____/_____ in data _____ per n. ore _____			
---	--	--	--

Data _____/_____/_____

Firma _____

In qualità di:

- Personale ATA
- Assistente Amministrativo
- Collaboratore Scolastico

- Personale Docente
- scuola dell'infanzia;
- scuola primaria
- sostegno infanzia/primaria
- IRC Religione

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di prestare contemporaneo servizio presso le seguenti istituzioni scolastiche:
Scuola _____ per n. ore _____
Scuola _____ per n. ore _____
- che la prima scuola cui è stata presentata la domanda di inclusione nelle graduatorie di Istituto è _____
- l'ultima sede di servizio è stata _____
- altre scuole di servizio per l'unificazione del fascicolo _____

(solo se assunto a tempo indeterminato)

Dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano;
- di avere il seguente codice fiscale: _____;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver a proprio carico sentenze di condanna che comportino interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici;
- di essere nella seguente posizione agli effetti del servizio militare:

- di essere:
 - celibe/nubile; coniugato/a; divorziato/a; vedovo/a; Separato/a legalmente.
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere in possesso della seguente abilitazione per la classe di concorso _____
_____conseguita nell'anno _____
- di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n. 29 del 03.02.1993 o dall'art. 508 del D.L. 297/94;
- di non essere stato assunto avvalendosi di riserve o precedenza;
- di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata;
- di avere un servizio complessivo _____ di tre anni.

(indicare se maggiore o minore)

Data ____/____/____

Firma _____

AUTODICHIARAZIONE CASELLARIO GIUDIZIALE

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183/2011,

DICHIARA

ai fini del D. Lgs. N. 39 del 4 marzo 2014, attuativo della Direttiva 2011/93/UE e sotto la propria responsabilità **di non aver riportato condanne penali o procedimenti penali in corso**, ai sensi degli art.600- bis, 600-ter, 600-quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice Penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

PRESTA

il proprio consenso all'eventuale richiesta del certificato di cui all'art. 25 del DPR 313/2002 e al trattamento dei dati giudiziari da parte del datore di lavoro.

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Luogo data di nascita e codice fiscale del familiare

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO

- Accreditamento sul c/c bancario/postale le cui coordinate **IBAN** sono:

TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto Scuola, istituita con l'accordo con l' Aran e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001 dichiara altresì:

- di essere già iscritto al Fondo Espero
 di non essere iscritto al Fondo Espero

ALLEGATI

- copia documento di identità
 copia tesserino codice fiscale
 copia titolo di studio
 copia cedolino dello stipendio

Data ____/____/____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati.

Data ____/____/____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, 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 _____

Il/La sottoscritto/a, **dichiara di aver preso visione delle Determina Dirigenziale di designazione dell'unità organizzativa**

- DOCENTI** cui vengo a far parte con l'entrata in servizio;
- ASSISTENTI AMMINISTRATIVI** cui vengo a far parte con l'entrata in servizio;
- COLLABORATORI SCOLASTICI** cui vengo a far parte con l'entrata in servizio.

Data ____/____/____ Firma _____

Data ____/____/____ Firma _____