

Oggetto: Assunzione in Servizio (Personale Docente)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il _____,

Codice Fiscale _____ residente a _____ () in Via _____

_____ n. civico _____ C.A.P. _____ - domiciliato a (se diverso
dalla residenza) _____ () in Via _____

n. civico _____ C.A.P. _____

PEO _____ @ _____

PEC _____ @ _____

Recapito telefonico _____ cell. _____

DICHIARA

1) di assumere servizio in data _____, classe di concorso _____ con contratto a:

• **TEMPO INDETERMINATO**, in seguito a:

- Nuova immissione in ruolo dal _____;
- Trasferimento provinciale, proveniente dall'Istituto _____;
- Trasferimento interprovinciale, proveniente dall'Istituto _____;
- Assegnazione provvisoria provinciale, con titolarità presso l'Istituto: _____;
- Assegnazione provvisoria interprovinciale dalla provincia di _____, titolare presso l'Istituto: _____;
- Utilizzazione nell'ambito della provincia, titolare presso Istituto: _____;
- Utilizzazione interprovinciale dalla provincia di _____;
- Passaggio di cattedra

• **TEMPO DETERMINATO**, in qualità di:

- Docente - Classe di Concorso _____
- Docente religione cattolica

per n° _____ ore sett. e n° _____ ore sett. in altre scuole _____ (completamento/ titolarità):

a) n. ore _____ presso l'Istituto _____

b) n. ore _____ presso l'Istituto _____

2) che l'ultima sede di servizio è stata _____ con contratto fino al _____

Roma, ___/___/20___

Firma dipendente _____



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 _____



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 _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IPSEOA "Pellegrino Artusi" - Roma

Oggetto: **autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (_____) il
_____ residente a _____
(_____) in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;
- che risultano attualmente in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti:

di non avere riportato condanne penali;

che a proprio carico risultano essere state emesse le seguenti sentenze, o i seguenti decreti di condanna, ovvero i seguenti provvedimenti di condanna, anche ai sensi dell'art. 444 c.p.p.: _____

dichiara altresì

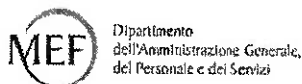
in riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;

che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE 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 in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Roma li, _____ Firma _____



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)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

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 _____

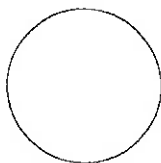
Firma per esteso _____

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.

Ufficio di Servizio _____

Riservato all'Ufficio di Servizio



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente _____

Data _____