

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. _____
Email _____ @ _____ PEC _____ @ _____
Recapito telefonico _____ cell. _____
numero da contattare in caso di emergenza _____ nominativo _____

D I C H I A R A

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 _____

3) che l'anno scolastico da cui decorrono n. 32 giorni di ferie è il _____ / _____;

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 _____
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 _____



Dipartimento
dell'Amministrazione Generale
del Personale e dei Servizi



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)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITÀ	PROV (sigla)
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			

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 _____

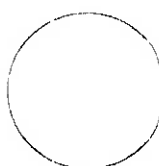
_____ Firma per esteso

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.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____



Timbro dell'Ufficio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Firma del dirigente _____

Data _____

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 _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ PR. _____ IL _____

Dichiara

- di essere a conoscenza dell'articolo 19, comma 2, del CCNL del 2006/2009 che regola le ferie del personale docente a tempo determinato, con incarico annuale e in servizio fino al 30 giugno dell'anno scolastico corrente, e pertanto provvederà a presentare opportuna istanza di fruizione delle ferie in coincidenza dei giorni di sospensione delle attività didattiche di cui al calendario regionale, alla delibera degli OO.CC. competenti e nelle giornate successive alla chiusura dell'anno scolastico, non interessate da attività di cui al piano annuale dei docenti.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che:

- il numero dei giorni di ferie è pari a 30, per i docenti con anzianità di servizio fino a tre anni, e pari a 32, per quelli con anzianità di servizio superiore a tre anni; - nel conteggio dei giorni di ferie dovranno essere escluse solo le domeniche ed i giorni festivi;
- la non fruizione delle stesse non potrà essere sostituita con riconoscimento monetario a meno di effettive esigenze dell'istituto o certificate motivazioni che ne abbiano impedito la fruizione (malattia, congedi, ecc...);
- la richiesta dovrà essere presentata attraverso l'applicazione del sistema digitale utilizzato dall'istituto non prima di 10 giorni dal momento di fruizione delle ferie;
- **la sottoscrizione del presente documento ha valore di presa d'atto** di quanto riportato anche in assenza di circolare ufficiale emessa dall'istituto

Roma, ____/____/202__

in fede
