

Al Dirigente Scolastico
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
P E S C A R A 5

Oggetto: Assunzione in servizio (Personale Docente)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(____) il _____ residente in _____

Via _____ Tel. _____ Cell. _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

CODICE FISCALE: _____

Indirizzo @ : 1) _____ @istruzione.it

2) _____ @ _____

D I C H I A R A

di aver assunto servizio presso _____ in
data _____ in qualità di Docente

- a Tempo Indeterminato
- a Tempo Determinato: TERMINE AA.DD. / TERMINE ANNO SCOLASTICO

per l'insegnamento di: _____

per n. _____ ore settimanali, con completamento orario presso _____

per n. _____ ore settimanali.

Comunica che nell'anno scolastico precedente ha prestato servizio presso:

Ai fini del calcolo ferie, dichiara che alla data odierna ha prestato: + di 3 anni / - di 3 anni di servizio (depenare l'anzianità che non interessa).

Pescara, _____

Firma _____

**ISTITUTO COMPRENSIVO 5
P E S C A R A**

DATA _____

PROT. _____

TIT. _____ F.P. _____



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 _____ via _____ residente a _____

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 _____



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 _____

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

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.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
in servizio presso _____
in qualità di _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

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

dichiara

- 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

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data _____ Firma (1) _____

(1) La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato della Pubblica Amministrazione.

**MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA
DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25
BIS DEL DPR 313/2002**

Il/la sottoscritto/a _____

nat. il ___/___/___ in _____

(se nato all'estero indicare anche lo Stato) _____

Sesso: Maschile Femminile

Codice fiscale _____

**PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI
LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 DEL DPR 313/2002 E AL
TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO**

(indicare denominazione impresa/società/associazione/organizzazione)

Allego fotocopia non autenticata del mio documento di riconoscimento

(data) _____

(firma) _____

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 362/1994 art. 14 - D.M. 44/1995 - D.M. 91/10/2002)

Al Ufficio Responsabile

COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA			SESSO	
C.C.I.A.A. (o Stato estero) DI NASCITA		PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)					(M o F)
DOMICILIO - VIA E N. CIVICO		CAP	LOCALITÀ				PROV. (sigla)	
ENTE / MINISTERO		UFFICIO						
INDIRIZZO		CAP	LOCALITÀ				PROV. (sigla)	
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA								

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio:

- C/C Bancario o Postale
 Libretto postale non attivo

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottorportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intestato)

COD. IBAN		CIN	COD. ABI		COD. CAB		N° CONTO					
I	T											

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Ente da ogni danno che possa derivare dal richiedo accreditamento.

Data

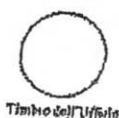
Firma

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decide di cambiare (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento da competenze, qualora la banca comunicò la modifica dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze inviato mensilmente al beneficiario.

Ufficio di Servizio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraddetto amministrato.



Timbro dell'Ufficio

Firma del Dirigente

Data