

Assunzione servizio ins. ruolo

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO PAGANICA

Il/La sottoscritta.....

Nato/a ail.....

Residente in..... Via.....

Domicilio (se diverso dalla residenza).....via.....

n. telefono.....altri recapiti tel.....

e mail.....

codice fiscale.....

insegnante di scuola

- dell'infanzia - infanzia sostegno
- primaria - primaria sostegno

DICHIARA DI ASSUMERE SERVIZIO IN DATA ODIERNA A SEGUITO:

-trasferimento – assegnazione – utilizzazione -passaggio di ruolo –immissione in ruolo
(sottolineare la posizione di interesse)

ultima scuola di servizio-----

data firma.....

DICHIARA INOLTRE

1. DI POSSEDERE IL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO.....
2. DI AVERE – NON AVERE L'Idoneita' all'insegnamento della Religione Cattolica
3. **di avere l'abilitazione all'insegnamento della lingua inglese in qualità di**
-specialista -specializzata -di non avere titolo (cancellare le voci che non interessano)
4. **di essere stata/o assunto/a in ruolo nell'a.s.....e di aver effettuato l'anno di**
formazione e di prova presso.....
nell'a.s..... e di aver avuto la conferma in ruolo

di non aver effettuato l'anno di prova per il seguente motivo-----

5. **Di non aver effettuato a tutt'oggi passaggi di ruolo.**

Di aver richiesto ed ottenuto il passaggio di ruolo nell'a.s. e di
aver sostenuto il relativo anno di formazione e di prova presso
e di aver avuto la conferma in ruolo
(il passaggio di ruolo richiede di effettuare nuovamente l' anno di formazione e di prova)

Di non aver effettuato l'anno di prova e formazione a seguito passaggio di ruolo nell'a.s..... presso la scuola.....

6. E' stata presentata la domanda di ricostruzione di carriera?

Se si, presso quale scuola?.....

7. dichiara sotto la propria responsabilità, di avere diritto all'assistenza del familiare

.....grado di parentela..... con handicap grave – L. 104/92, per il quale è stata già presentata la documentazione a codesto ufficio.

Dichiara che il verbale di accertamento dell'handicap grave:

A) non e' soggetto a rivedibilità

B) e' rivedibile in data.....

Si impegna a comunicare possibili, eventuali cambiamenti allo stato di fatto.

allegare la documentazione medica anche se presentata negli anni precedenti

8. Corso prima soccorso Effettuato nell'a.s..... non effettuato
corso antincendio effettuato nell'a.s..... non effettuato
altri corsi.....

• DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI NON ESSERE TITOLARE DI PENSIONE – DI ESSERE TITOLARE DELLA SEGUENTE PENSIONE.....

• DICHIARA DI NON APPARTENERE AD ALCUNA DELLE CATEGORIE PROTETTE DI CUI ALL'ART. 9 DELLA L. 2\4\68 N. 482;

• DICHIARA DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA PROTETTA (INVALIDI, ORFANI E VEDOVE DI GUERRA PER SERVIZIO O LAVORO);

• DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ' 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;

firma _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».

INFORMAZIONE OBBLIGATORIA A TUTTI I DIPENDENTI AI SENSI DEL DLGS 626/94

Il/La sottoscritto/a prende atto che in questo Istituto scolastico esiste ed è sempre consultabile un piano per l'evacuazione dell'edificio in eventuale situazione d'emergenza e si impegna a prenderne immediatamente visione per essere in grado di comportarsi correttamente in caso di pericolo. Prende, altresì, atto che per problematiche relative alla salute e sicurezza sul posto di lavoro o per segnalare rischi o pericoli può rivolgersi, oltre che al Dirigente Scolastico, a specifiche figure: il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, gli Addetti al Primo Soccorso, gli Addetti Antincendio e gli Addetti all'Emergenza. I loro nominativi sono pubblicati all'albo della scuola ed è possibile ottenerli anche in Segreteria.

DATA

Firma

.....



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 _____



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 _____

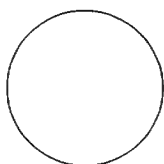
Firma per esteso _____

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.

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 _____