

**Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Globale Sant'Antioco**

OGGETTO: COMUNICAZIONE DATI PER ASSUNZIONE IN SERVIZIO

DIPENDENTE _____ **MANSIONE** _____

CLASSE DI CONCORSO _____ **DISCIPLINA** _____

ORDINE/GRADO _____

__L__ SOTTOSCRITT _____

**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** |__|__|_____ |

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residenza anagrafica _____
(comune provincia indirizzo)

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
(comune provincia indirizzo)

Altri recapiti | _____ | _____ | _____ |
Telefono Cellulare Fisso e-mail/pec

**Ha assunto servizio presso l'Istituto Globale di Sant'Antioco nel corso dell'anno
scolastico _____ in data _____ , per n. _____ ore settimanali di servizio
in qualità di:**

☐ **Personale ATA**

- ☐ Assistente Amministrativo
- ☐ Assistente Tecnico
- ☐ Collaboratore Scolastico

☐ **Personale Docente**

- ☐ Scuola dell'Infanzia
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola Secondaria I grado
- ☐ Scuola Secondaria II grado
- ☐ Sostegno
- ☐ IRC

☐ **a tempo indeterminato con decorrenza giuridica dal _____ ed economica dal**

☐ **supplenza breve**

- ☐ al termine dell'anno scolastico (31/08)
- ☐ al termine delle attività didattiche (30/06)

___I___ sottoscritt___ 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 _____
- ☐ di essere stato destinatario di provvedimento n. ____ del ____ emanato dal Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ di conferma o rideterminazione del punteggio di n. ____ punti per la graduatoria della classe di concorso sulla quale assume servizio;
- ☐ l'ultima sede di servizio è stata _____
- ☐ altre scuole di servizio per l'unificazione del fascicolo _____
(solo se assunto a tempo indeterminato)
- ☐ di avere un'anzianità di servizio ☐ INFERIORE ☐ SUPERIORE ai tre anni.
- ☐ Di fruire dei benefici della L.104/92 per sé stesso
- ☐ Di fruire dei benefici della L.104/92 per _____
- ☐ Di essere (per lavoratori di sesso femminile) in stato di gravidanza e in condizione di poter assumere servizio perché non si trova nel periodo, per il quale la legge impone di non svolgere attività lavorativa;
- ☐ Di essere in stato di gravidanza e di trovarsi nel periodo durante il quale la normativa vigente vieta la possibilità di svolgere attività lavorativa;
- ☐ Di percepire l'indennità di maternità prevista dall'art. 22 del DL. 151 del 2001 dall'Istituzione Scolastica _____ di _____ .

Dichiara inoltre:

- ☐ di essere cittadino italiano
- ☐ 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 ed effettivamente
- ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio _____ conseguito presso _____ nell'anno _____
- ☐ di essere in possesso della seguente abilitazione per la classe di concorso _____ conseguita nell'anno _____ per effetto di _____
- ☐ 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;
- ☐ che i dati esatti dell'ASL di competenza dove inviare le visite fiscali sono i seguenti: _____
- ☐ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del DL 165/2001 o dall'art. 508 del DL. n. 297 del 16/04/1994
- ☐ di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro
- ☐ di non essere titolare di pensione di invalidità INPS
- ☐ di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata

AUTODICHIARAZIONE CASELLARIO GIUDIZIALE

__I__ sottoscritt__ _____

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 essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o di aver riportato condanne/sanzioni** interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori ai sensi degli art.600- bis, 600-ter, 600-quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice Penale.

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 e data di nascita	Codice fiscale

ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

__I__ sottoscritt__ dichiara di avere diritto all'assegno per il nucleo familiare (Allega domanda documentata)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO

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

Paese	Chek	Cin	ABI				CAB				N. CONTO											

DICHIARAZIONI AI FINI DEL TFR

☐ non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all'I.N.P.D.A.P. nel giorno precedente all'assunzione

☐ il giorno precedente l'assunzione ha prestato servizio presso _____

TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

Iscrizione al seguente sindacato:

Altro _____ Scadenza _____

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

AL FINE DELLA RICONGIUNZIONE DEL FASCICOLO PERSONALE

___I___ sottoscritt___ dichiara di aver prestato servizio presso i seguenti Istituti:

DAL	AL	SEDE DI SERVIZIO	MANSIONE

SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

___I___ sottoscritt___ dichiara

- ☐ di essere in possesso di attestato di frequenza dei corsi di formazione e aggiornamento dei lavoratori in materia di salute e sicurezza ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 per la formazione generale di n. 4 ore conseguito in data _____ presso l'Istituto Scolastico _____ ;
- ☐ di essere in possesso di attestato di frequenza dei corsi di formazione e aggiornamento dei lavoratori in materia di salute e sicurezza ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 per la formazione specifica di n. ____ ore conseguito in data _____ presso l'Istituto Scolastico _____ ;
- ☐ di non essere in possesso di attestato di frequenza dei corsi di formazione e aggiornamento dei lavoratori in materia di salute e sicurezza ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008 e dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011;

ALLEGATI

- ☐ copia documento di identità
- ☐ copia tessera sanitaria
- ☐ copia titolo di studio (solo se a tempo indeterminato)
- ☐ domanda di attribuzione/rideterminazione assegno familiare

___/___sottoscritt___ si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati.

 Data _____ Firma _____

___/___sottoscritt_____, 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 _____