

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE - REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA Istituto Comprensivo "Colozza G.A. /Bonfiglio" Via Imera, 32 - 90138 Palermo - Tel. 091582068 - C.F. 80014460820 C. M. PAIC85100P - Email paic85100p@istruzione.it - paic85100p@pec.istruzione.it</p> |  |
|---|---|---|

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

Il / La 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 concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;
- ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernente le situazioni di incompatibilità;

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data _____

Residenza anagrafica _____ Prov. _____ via _____

Domicilio _____ Prov. _____ via _____

Recapiti telefonici _____

Dichiara altresì di aver assunto SERVIZIO presso codesto Istituto nell'anno scolastico 2021/2022 in data

_____/_____/_____ a seguito _____

in qualità di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Docente Scuola Infanzia | <input type="checkbox"/> Docente Scuola Secondaria 1° grado |
| <input type="checkbox"/> Docente Scuola Primaria | <input type="checkbox"/> Personale A.T.A. qualifica _____ |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato fino al termine dell'anno scolastico | |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato fino al termine delle attività didattiche | |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato fino al _____ | |

Materia di Insegnamento _____ Cl.di Concorso _____ ore sett.li _____

- di non prestare CONTEMPORANEO SERVIZIO presso altre Istituzioni Scolastiche
- di prestare CONTEMPORANEO SERVIZIO presso

Scuola _____ ore _____ cl. Conc. _____

Scuola _____ ore _____ cl. Conc. _____

- Istituzione Scolastica che gestisce la domanda di inclusione nelle graduatorie di Istituto:

- Ultima sede di servizio _____

- di essere cittadino italiano;
- di godere / non godere dei diritti 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 in possesso del seguente titolo di studio _____
- che la propria famiglia è così composta:

| COGNOME E NOME | RAPPORTO PARENTELA | LUOGO E DATA DI NASCITA | PROFESSIONE |
|----------------|--------------------|-------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

• **A.S.L. DI COMPETENZA :**

RESIDENZA : A.S.L. N. _____ COMUNE DI _____ (____)

DOMICILIO : A.S.L. N. _____ COMUNE DI _____ (____)

• **ULTIMO SERVIZIO ALLE DIPENDENZE DELLO STATO**

presso _____ dal _____ al _____

II / La sottoscritt DICHIARA inoltre :

- di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato, di non esercitare attività commerciale, industriale o professionale e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D. L.vo 297/1994 e dall' art. 53 del D. L.vo n. 165/2001
- di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro.

• **AI FINI DEL T.F.R. :**

- non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all' I.N.P.D.A.P. nel giorno precedente l'assunzione in servizio
- il giorno precedente l'assunzione ha prestato servizio presso _____

DICHIARAZIONI CONTABILI

• **ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

DICHIARA di AVERE NON AVERE diritto all'assegno per il nucleo familiare.
(Se sì , allegare domanda documentata)

• **MODALITA' DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO**

Accreditamento sul c/c Bancario (si allega il relativo modello)

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------|
| Id.Naz. | | Cin E | | Cin | | ABI | | CAB | | N° C/C |
| | | | | | | | | | | |

Accreditamento sul c/c postale

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------|
| Id.Naz. | | Cin E | | Cin | | ABI | | CAB | | N° C/C |
| | | | | | | | | | | |

Accreditamento su _____

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|-----|--|-----|--|-----|--|--------|
| Id.Naz. | | Cin E | | Cin | | ABI | | CAB | | N° C/C |
| | | | | | | | | | | |

• In relazione alla **FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE** riservata al personale del comparto scuola, istituita con l'accordo tra l'Aran e le Organizzazioni Sindacali della Scuola del 14 marzo 2001 dichiaro altresì:

di essere già iscritt ___ al FONDO SCUOLA ESPERO

di non essere iscritt ___ al FONDO SCUOLA ESPERO

• **ALLEGATI :**

- copia documento d'identità
- copia tesserino codice fiscale
- copia Titolo di Studio
- domanda attribuzione / rideterminazione assegno familiare
- certificazione circa verifica/convalida domanda supplenza

Il / La sottoscritt ___ si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati soprariportati.

data _____ firma _____

Il / La 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 _____