|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE - *REPUBBLICA ITALIANA – REGIONE SICILIANA*  *Istituto Comprensivo* “*Colozza G.A./Bonfiglio*”  Via Imera,32 - 90138 Palermo - Tel. 091582068 - Fax 091334232  C. M. PAIC85100P – C.F. 80014460820 - E-Mail [paic85100p@istruzione.it](mailto:paic85100p@istruzione.it) |  |

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 datiI 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;
* ai sensi della C.M. 3361 del 25.03.03 concernente la dichiarazione dell’idoneità fisica all’impiego;

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­Prov. \_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza anagrafica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di aver assunto SERVIZIO presso codesto Istituto nell’a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data

\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ a seguito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

Docente Scuola Infanzia Docente Scuola Secondaria 1° grado

Docente Scuola Primaria Docente Scuola Secondaria 2° grado

Docente Tecnico Pratico Personale A.T.A. qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* a tempo indeterminato
* a tempo determinato fino al termine dell’ anno scolastico
* a tempo determinato fino al termine delle attività didattiche
* 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Prima scuola cui è stata presentata la domanda di inclusione nelle graduatorie di Istituto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ultima sede di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La dichiarazione dei servizi è stata presentata presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La dichiarazione di idoneità fisica all’impiego

* non è mai stata presentata
* è stata presentata nell’anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il / 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.

DICHIARAZIONI CONTABILI

* DETRAZIONI D’IMPOSTA

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell’art. 23 del D.P.R. 29/09/1973 n. 600 e successive modificazioni

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° PARTITA SPESA FISSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile: celibe / nubile coniugato/a divorziato/a

Separato /a legalmente ed effettivamente vedovo / a

DICHIARA

di aver diritto alle seguenti deduzioni dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto

dall’art. 12 del DPR 917/86:

coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato

figli a carico

n. \_\_\_\_\_\_ figli di età inferiore ai tre anni handicap al 100% al 50% al \_\_\_\_\_%

n. \_\_\_\_\_\_ figli di età superiore ai tre anni handicap al 100% al 50% al \_\_\_\_\_%

n. \_\_\_\_\_\_ altre persone a carico handicap al 100% al 50% al \_\_\_\_\_%

* 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

Delega Sindacato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sigla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 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
* cedolino stipendio

attestazione rilasciata dall’A.S.L. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( in sostituzione del certificato di idoneità fisica all’impiego che non può essere

prodotto in virtù della L.R. n. 12 del 4.08.2003)

* dichiarazione dei servizi ( se non presentata in precedenza)
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricevuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_