

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

Il / La sottoscritto/a

Nato/a a () il ,

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;
- 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 di **ASSUMERE SERVIZIO** presso codesto Istituto nell'a.s. in data

a seguito:

<input type="radio"/> trasferimento	
<input type="radio"/> assegnazione provvisoria	
<input type="radio"/> utilizzazione	Sede di titolarità <input type="text"/>
<input type="radio"/> nomina Dirigente Scolastico	
<input type="radio"/> nomina AT CASERTA	
<input type="radio"/> nomina Curia	

in qualità di:

<input type="checkbox"/> Docente sc. infanzia	<input type="checkbox"/> posto comune	<input type="checkbox"/> sostegno	Ore sett.li <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Docente sc. primaria	<input type="checkbox"/> posto comune <input type="checkbox"/> posto lingua inglese	<input type="checkbox"/> sostegno	Ore sett.li <input type="text"/> Ore sett.li <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Docente sc. second.	Cl. conc. <input type="text"/>		Ore sett.li <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Inf.	<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Prim	<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Sec.	Ore sett.li <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Personale ATA	Profilo <input type="text"/>		Ore sett.li <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Docente a tempo indeterminato	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Docente a tempo indeterminato a seguito di conferma in ruolo il	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Docente a tempo indeterminato a seguito di trasferimento da	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Docente a tempo determ. fino al	<input type="text"/>	in sostituzione di	<input type="text"/>

di non prestare CONTEMPORANEO SERVIZIO presso altre Istituzioni Scolastiche

di prestare CONTEMPORANEO SERVIZIO presso La scuola

per n. 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**

di essere cittadino italiano

di godere dei diritti politici di non godere dei diritti politici

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	CODICE FISCALE	RAPPORTO PARENTELA	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	PROFESSIONE
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>

- **A.S.L. DI COMPETENZA :**

RESIDENZA :	A.S.L. N. <input type="text"/>	COMUNE DI <input type="text"/>	(<input type="text"/>)
DOMICILIO :	A.S.L. N. <input type="text"/>	COMUNE DI <input type="text"/>	(<input type="text"/>)

Il / La sottoscritto/a 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.

Di esercitare libera professione

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 sottoscritto/a

C.F.

N° PARTITA SPESA FISSA

Stato civile:	<input type="radio"/> celibe/nubile	<input type="radio"/> coniugato/a	<input type="radio"/> divorziato/a
	<input type="radio"/> separato/a legalmente ed effettivamente		<input type="radio"/> vedovo/a

DICHIARA

di aver diritto alle seguenti detrazioni dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall'art. 12 del DPR 917/86 e successive modificazioni e integrazioni:

dall'art. 12 del DPR 917/86 e successive modificazioni e integrazioni e di inserirle nel Portale NOIPA

<input type="checkbox"/> coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato				
<input type="checkbox"/> figli a carico con età inferiore ai tre anni n. <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> figli a carico con età superiore ai tre anni n. <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> altre persone a carico n. <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %

ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

DICHIARA di aver non aver diritto all'assegno per il nucleo familiare. (Allegare documentazione)

• 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
<input type="text"/>					

Accreditamento sul c/c postale Agenzia di

Id. Naz.	Cin E	Cin	ABI	CAB	N° C/C
<input type="text"/>					

• 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

ha prestato servizio presso dal al

- AI FINI DEL COMPENSO FERIE :

dichiara di avere meno di tre anni di servizio

dichiara di avere più di tre anni di servizio

- **TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO**

Delega Sindacato <input type="text"/>	Sigla <input type="text"/>
Altro <input type="text"/>	scadenza <input type="text"/>

- 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 iscritto/a al FONDO SCUOLA ESPERO

di non essere iscritto/a al FONDO SCUOLA ESPERO

- **ALLEGATI :**

copia documento d'identità

copia tesserino codice fiscale

copia Titolo di Studio

Il / La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopra riportati.

data

firmato il dipendente

Il / La sottoscritto/a, 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

Firmato il dipendente