

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;
- ai sensi della C.M. 3361 del 25.03.03 concernente la dichiarazione dell'idoneità fisica all'impiego;

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data _____

C.F. _____

Residenza anagrafica _____ Prov. _____ via _____

Domicilio _____ Prov. _____ via _____

Recapiti telefonici _____ e-mail peo _____

pec _____

A seguito di:

☐ Concorso/Immissione in ruolo: _____ ☐ Assegnazione provvisoria

☐ Trasferimento ☐ Utilizzazione

☐ Incarico di supplenza

Nominato da:

☐ GM: _____ ☐ Graduatoria di Istituto ☐ GPS: A.S. ____/____

☐ Graduatoria prima fascia (Personale ATA) ☐ Graduatoria terza fascia (Personale ATA)

di assumere servizio in data odierna in qualità di

☐ Docente Scuola Secondaria 1° grado

☐ Personale A.T.A. qualifica _____ per n. ore _____

con contratto a tempo:

- ☐ 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. _____

• POSTO GRADUATORIA _____ PUNTEGGIO _____

• N. ANNI DI SERVIZIO _____

• 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 _____

• A.S.L. DI COMPETENZA :

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

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

Indirizzo presso cui ricevere eventuali visite fiscali

• ULTIMO SERVIZIO ALLE DIPENDENZE DELLO STATO

presso _____ dal _____ al _____

DICHIARA

☐ di aver frequentato corso BASE sulla sicurezza dei lavoratori n. 12 ore in data _____

☐ corso ASPP n. ore ultima data formazione/aggiornamento _____

☐ corso ADDETTO PRIMO SOCCORSO n. ore ultima data formazione/aggiornamento _____

☐ corso ADDETTO ANTINCENDIO n. ore rischio (medio/alto) ultima data
formazione/aggiornamento _____

☐ corso RLS n. ore ultima data formazione/aggiornamento _____

☐ corso di PREPOSTO n. ore ultima formazione/aggiornamento _____

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.

DICHIARA

Di aver visionato il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici <https://www.maioranact.edu.it/index.php/1-istituto/regolamenti> e di accettarlo in ogni sua parte;

Di aver preso visione del Regolamento d'Istituto al link
(<https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/CTMM00300T>) e di accettarlo in ogni sua parte;

Di aver preso visione dell'Informativa sulla gestione delle emergenze al link
(<https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/CTMM00300T>) e di averlo compreso in ogni sua parte.

data _____ firma _____

DICHIARAZIONI CONTABILI

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: _____ ☐

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 _____% |

• MODALITA' DI PAGAMENTO EVENTUALI COMPENSI ACCESSORI

- ☐ 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 _____

- 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**

Il / La sottoscritto/a 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.

Il titolare del trattamento è la S.M.S. "Q. Maiorana" di Catania, rappresentato legalmente da Dirigente scolastico

pro _____ – tempore _____ dott.ssa Gisella Barbagallo

(<https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/CTMM00300T>)

data _____

_____ firma _____