Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico

 I.C. “Vico II Fontanelle – Giovanni Paolo II”

DELICETO – CANDELA – ROCCHETTA S.A.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a , assunto presso l’IC “Vico II Fontanelle – Giovanni Paolo II” in qualità di , consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

# D I C H I A R A

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_ ) - Per i residenti all’estero se nati in Italia indicare il Comune di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se nati all’estero precisare a quale titolo siano cittadini italiani:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di godere dei diritti politici;
* di essere (indicare lo stato civile: celibe-nubile/coniugato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nella seguente posizione agli effetti militari (indicare se assolto o esente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n° | Cognome e Nome | Nascita | Rapporto con il dichiarante |
| Luogo | Data |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

* di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall’art. 508 del Dlgs n. 297/1994 o dall’art. 53 del Dlgs n. 165/2001, ovvero di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
	1. conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_votazione \_\_\_\_
	2. conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_votazione \_\_\_\_
	3. conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_votazione \_\_\_\_
	4. conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_votazione \_\_\_\_
* di essere in possesso del seguente codice fiscale ;
* ai fini della maturazione delle ferie di trovarsi al (indicare gli anni di servizio compreso quello attuale) ;
* che la propria ASL di appartenenza è ;
* di non poter assumere servizio per il seguente motivo:
* interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità, ai sensi del Dlgs n. 151/01,
* congedo obbligatorio per maternità
* mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso \_\_\_\_\_
* aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di \_\_\_
* dottorato di Ricerca/borsa di studio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto scuola, istituita con accordo tra l’ARAN e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001, il/la sottoscritto/a dichiara (Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto):

* di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero \_ ha optato per il riscatto della posizione maturata
* di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

# COMUNICA

1. i seguenti recapiti:

Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefono fisso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. la seguente modalità di pagamento per l’accredito degli emolumenti (solamente coloro che non hanno mai prestato servizio nella Scuola devono indicare le coordinate bancarie/postali al fine di consentire l’accredito delle competenze mensili):

Codice IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo Conto Corrente (indicare se bancario o postale): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii., 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.

Si allegano in copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità

Deliceto,

 Firma