

**Dichiarazione di conformità all'originale della copia di atti e documenti
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)**

Io sottoscritto nato a
il..... residente a Via
..... n.

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace dall'art. 76, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000,

dichiaro

che l'allegata copia :

- del seguente atto/documento (.....)
è composta di n. ...fogli
ed è conforme all'originale che si trova presso
- del seguente atto/documento (.....)
è composta di n. ...fogli
ed è conforme all'originale che si trova presso
- del titolo di studio di.....
è conforme all'originale che si trova presso
.....ed è
composto di n. fogli
- del titolo di studio di.....
è conforme all'originale che si trova presso
.....ed è
composto di n. fogli
- del titolo di studio di.....
è conforme all'originale che si trova presso
.....ed è
composto di n. fogli
.....,
luogo data

firma per esteso del dichiarante

.....

Se la sottoscrizione non è apposta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, deve essere allegata fotocopia di un documento d'identità.

“Art. 19, D.P.R. 445/2000

Modalità alternative all'autenticazione di copie.

1. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento **conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione**, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.”

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. CASTIGLIONE-CAMUGNANO-SAN BENEDETTO V.S.

OGGETTO: DICHIARAZIONI DI INCOMPATIBILITA' RAPPORTO DI LAVORO D.L.29/93 e D.L.297/94, TRATTAMENTO DATI, PREVIDENZA COMPLEMENTARE.

Io sottoscritt _____

nat a _____ il _____

in servizio quale _____

con contratto di lavoro a tempo determinato,

secondo l'art.18 comma 5 del CCNL del Comparto Scuola del 4/08/95 e seguenti,

DICHIARA

in relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto scuola, stabilita con accordo tra l'ARAN e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001, ...Io sottoscritt... dichiara:

Io _____ di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero _____ ha optato per il riscatto della posizione maturata
Io _____ di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero _____

Data ___/___/___ Firma _____

Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto.

Io sottoscritt... dichiara:

Io _____ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D.L.vo n. 297/1994 o dall'art. 53 del D.L.vo n. 165/2001

ovvero

Io _____ di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro

Data ___/___/___ Firma _____

Io sottoscritt..., ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, 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 _____

OGGETTO: DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI, FISCALI E ASL.

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ prov. (_____) il _____

Residenza/anagrafica _____ dal _____

Domicilio fiscale (se diverso dalla residenza):

ASL DI RESIDENZA _____

ASL DEL DOMICILIO _____

Dichiarazione di altri incarichi: (presenza di più contratti es. prestazione a part-time +contemporanea prestazione di giornate a tempo pieno):

- Il/la sottoscritto/a dichiara di **non aver sottoscritto** un contemporaneo contratto di lavoro in altre scuole
- Il/la sottoscritto/a dichiara di **aver sottoscritto** un contemporaneo contratto di lavoro presso l'Istituto _____ con decorrenza dal _____ al _____ per n. _____ ore settimanali di lezione retribuito da _____
- Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto alle suddette dichiarazioni

Modalità di pagamento stipendio e/o compensi:

- Accreditamento c/o Banca o Posta (SPECIFICARE SE LIBRETTO POSTALE) su:
Istituto _____
Agenzia _____ Indirizzo _____
Codice IBAN _____;
- Quietanza del beneficiario presso la tesoreria dell'Istituto Comprensivo erogante.

Modalità di pagamento eventuali TFR:

- Accreditamento c/o Banca o Posta (SPECIFICARE SE LIBRETTO POSTALE) su:
Istituto _____
Agenzia _____ Indirizzo _____
Codice IBAN _____;

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ (_____) il _____

di essere residente a _____

di essere cittadino italiano (oppure) _____

di godere dei diritti civili e politici

di essere: celibe/nubile/di stato libero

di essere coniugato/a con _____

di essere vedovo/a di _____

di essere divorziato/a da _____

che la famiglia convivente si compone di:
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

di essere tuttora vivente

che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (_____)

che il proprio _____ nato il _____

(rapporto di parentela) (cognome nome)

a _____ e residente a _____

è morto in data _____ a _____

di essere iscritto nell'albo o elenco _____

tenuto da pubblica amministrazione _____ di _____

di appartenere all'ordine professionale _____

titolo di studio posseduto _____ rilasciato dalla scuola/università _____

di _____

esami sostenuti _____ presso la scuola/università _____

di _____

qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica _____

situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo

previsti da leggi speciali, per l'anno _____ è la seguente _____

assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto _____

- possesso e numero del codice fiscale _____
- partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria _____
-
- stato di disoccupazione
- qualità di pensionato e categoria di pensione _____
- qualità di studente presso la scuola/università _____ di _____
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili _____
-
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo _____
- di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese
- quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio _____
-
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- qualità di vivente a carico di _____
- nei registri dello stato civile del comune di _____ risulta
che _____
- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:

i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE del TITOLO di STUDIO

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000.n. 445)

ottoscritto/a _____

a in _____

ente in _____ via _____ ☎ _____

rosconza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare
ntro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la
ria personale responsabilità

DICHIARA di (1)

essere in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito in data _____ presso _____
_____ con il seguente punteggio _____;

essere in possesso della seguente qualifica professionale _____

conseguita in data _____ presso _____
_____ con il seguente punteggio _____;

aver sostenuto il seguente esame _____

data _____ presso _____
_____ con il seguente punteggio _____;

essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/abilitazione (2) _____

essere in possesso del seguente titolo di formazione/aggiornamento (2) _____

essere in possesso della seguente qualificazione tecnica _____

presente dichiarazione viene resa per le dichiarazioni di cui ai numeri (3) _____
nente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

la mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio ai sensi dell'art. 1, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ () il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ ()
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

operatore scolastico in servizio presso _____
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. _____ del _____, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

(luogo, data)

Il Dichiarante

+ ASSICURAZIONE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. Castiglione - Camugnano - San Benedetto V.S.

sottoscritt _____ nat _____ a _____

_____ In servizio quale _____

contratto di lavoro a tempo determinato/ indeterminato,

ALLEGA

documentazione di seguito elencata:

) Autocertificazione dei seguenti stati: nascita, cittadinanza, residenza, godimento diritti politici, precedenti penali e carichi pendenti;

) Dichiarazioni: situazioni di incompatibilità (di non avere altri rapporti lavorativi di cui all'art.18 del CCNL del Comparto Scuola del 4/08/95 e seguenti e degli artt.58 e 508 del DD.LL.29/94 e 297/94), autorizzazioni trattamento dati personali dichiarati, forma di previdenza complementare;

) Titolo di riserva rilasciato dalla relativa autorità competente per il personale assunto ai sensi della L.68/99 (riservisti);

) I seguenti attestati di formazione inerenti sicurezza e pronto soccorso: _____

_____;

nonvalida domanda di supplenza;

ricevuta versamento €. 5.00 per l'assicurazione scolastica da versarsi

/C postale n. 26213553 intestato all'IC Castiglione_Camugnano_San Benedetto causale: Assicurazione a.s. 17,

OPPURE

versamento con bonifico bancario intestato a: I.C.Castiglione_Camugnano codice IBAN: I0867236940000000001145 causale: assicurazione a.s. 2016/2017 cognome e nome

DICHIARA CHE

in caso di personale femminile, informerà, in caso di gravidanza il Dirigente Scolastico affinché possa attuare le opportune procedure;

E DI PRENDERE VISIONE

delle norme relative alla privacy (plesso di servizio);

del piano di emergenza;

del codice di comportamento dei dipendenti della P.A. + norme disciplinari x la categoria professionale di appartenenza (sito istituzionale-quadro di rif. Disciplinare: www.iccast.org)

Luogo e data _____

FIRMA
