Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. SASSO MARCONI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a _____ ,assunto/a presso l'I.C. Sasso Marconi 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,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ (____) il ____/____/_____ ;
- di essere residente a residente a _____ (____)
  Via _____ N. _____ C.A.P. _____;
- ❑ di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____ (____)
  Via _____ N. _____ C.A.P. _____;
- di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di _____ (____)
  ovvero
  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: libero/coniugato);
- di essere nella seguente posizione agli effetti militari (indicare se assolto o esente) _____;
- che la famiglia anagrafica è composta dalle seguenti persone:

n°	Cognome e Nome	Dati di 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 esercitare la libera professione per l'attività di _____ e pertanto ai sensi dell'art 508 comma 15 l'autorizzazione alla S.V. come da modello allegato;

- 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 __/__
- livello competenza lingua inglese (solo per docenti di scuola primaria) _____
- 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):

  ❑ 1 anno ❑ 2 anni ❑ 3 anni ❑ >3 anni
- 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/paternità

❑ 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 _____

❑ di aver diritto alla riduzione di orario per allattamento avendo un/una figlio/a nato/a il __/__/____ e pertanto inferiore a un anno;

❑ di fruire ad oggi dell'indennità di maternità giornaliera ai sensi dell'art 22 del D.Lgs. 151/2001 retribuita dalla Direzione Territoriale dell'Economie e delle Finanze di _____ a seguito di contratto stipulato dall'Istituto _____ con copertura giuridica fino al __/__/____ ;

- di essere stato messo a conoscenza degli adempimenti da porre in essere ai fini previdenziali ed assistenziali;
- di essere stato messo a conoscenza degli adempimenti inerenti la possibilità di esercitare il diritto di riscattare/o ricongiungere periodi o servizi;
- di prendere visione dell'informativa inerente al trattamento dei dati personali, così come da normative vigenti, pubblicata sul sito WEB della scuola https://icsassomarconi.edu.it/

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
- ❑ di aver optato per il riscatto della posizione maturata
- ❑ di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

COMUNICA

- i seguenti recapiti:
  Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO): ☐
  Indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC): ☐
  Telefono fisso: ☐
  Telefono cellulare: ☐
- 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): ☐

Infine 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, 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.

Sasso Marconi, ☐/☐/ ☐

Firma del Dipendente

_____