

OGGETTO: ASSUNZIONE DI SERVIZIO.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ via _____ n. _____,
C.F. _____ mail _____ tel. _____,

a seguito di trasferimento/assegnazione provvisoria/utilizzo/nomina AT /nomina
Istituto/altro _____

DICHIARA

1) di assumere servizio in data odierna, presso

- Scuola dell'infanzia di _____ a cura del Ds _____
- Scuola primaria di _____ a cura del Ds _____
- Scuola secondaria di I° grado di _____ a cura del Ds _____

in qualità di

- Docente di _____
- Assistente amministrativo
- Collaboratore scolastico

con contratto a tempo determinato indeterminato

per n. _____ ore settimanali

completamento orario : scuola _____ per n. _____ ore settimanali
scuola _____ per n. _____ ore settimanali

2) che l'ultima sede di servizio è stata _____ con contratto fino al

3) di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto

<https://www.icviascopoli.edu.it/codice-disciplinare/>

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

Pavia, _____

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

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

O di essere residente a _____

O di essere cittadino italiano (oppure) _____

O di godere dei diritti civili e politici

O di essere: celibe nubile

O di essere coniugato/a con _____

O di essere vedovo/a di _____

O di essere divorziato/a da _____

O che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

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

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

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

O di essere iscritto nell'albo o elenco _____
tenuto da pubblica amministrazione _____ di _____

O di appartenere all'ordine professionale _____

O titolo di studio posseduto _____

rilasciato dalla scuola/università _____ di _____

anno di conseguimento _____ voto di diploma/ laurea _____

codice identificativo di laurea _____

O qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di

aggiornamento e di qualificazione tecnica _____

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

O possesso e numero del codice fiscale _____

O partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria _____

O stato di disoccupazione

O qualità di studente presso la scuola/università _____ di _____

O qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili _____

O iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo _____

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 sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

IL DICHIARANTE

Pavia _____ , _____

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. di VIA SCOPOLI PAVIA**

OGGETTO: ACCREDITAMENTO STIPENDIO

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ via _____ n. _____,
in servizio presso _____,
in qualità di _____,
n. partita spesa fissa _____

COMUNICA

il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio

CONTO CORRENTE (IBAN)

CONIUGE A CARICO SI NO

FIGLI A CARICO SI NO

ALTRE PERSONE A CARICO _____

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

Pavia _____

Firma _____

Oggetto: autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ via _____ n. _____,
in servizio presso _____,
in qualità di _____,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

dichiara

- che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;
- che risultano attualmente in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti:

- di non avere riportato condanne penali;
- che a proprio carico risultano essere state emesse le seguenti sentenze, o i seguenti decreti di condanna, ovvero i seguenti provvedimenti di condanna, anche ai sensi dell'art. 444 c.p.p.:

dichiara altresì

in riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

- di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

DICHIARA INFINE

(SELEZIONARE SOLO LA VOCE DI INTERESSE)

NON è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

OVVERO

è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

...l... 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.

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

Pavia, _____ Firma _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. di VIA SCOPOLI DI PAVIA

Oggetto: consenso dell'interessato alla richiesta del datore di lavoro del certificato di cui all'art. 25 bis D.P.R. 313/2002.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ via _____ n. _____,
C.F. _____ in servizio presso _____,
in qualità di _____,

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO DI VIA SCOPOLI PAVIA.

...l... 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.

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

Pavia, _____ Firma _____

DICHIARAZIONI

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, ...I... sottoscritt... dichiara:

_ di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero

_ ha optato per il riscatto della posizione maturata

_ 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.

...I... sottoscritt... dichiara:

_ 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

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

...I... 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 _____

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008.

Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a a _____ il _____,
 residente in _____ via _____ n. _____,
 in servizio presso _____,
 in qualità di _____

DICHIARA

- di aver preso visione della documentazione pubblicata nella sezione "Sicurezza" del sito web dell'istituto /Argo e in particolare il piano di emergenza ed evacuazione dei plessi
- di essere consapevole:
 - che tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto delle prescrizioni riportate nella Direttiva vigilanza.
 - che in caso di infortuni sul lavoro devono essere adottati comportamenti conformi a quanto indicato nella Direttiva Infortuni
 - che in caso di incendio, quando viene dato l'allarme (avviso di esodo) e in qualsiasi situazione di emergenza devono essere adottati i comportamenti illustrati nel "*PIANO DI EMERGENZA*".
 - che in riferimento a quanto stabilito dall'art. 6 del D.Lgs. n. 151/2001 il Datore di Lavoro è tenuto ad adottare le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio *a partire dalla consegna del Certificato di Gravidanza o documento equivalente*.

DICHIARA

di aver frequentato i seguenti corsi

Denominazione corso FORMAZIONE	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Generale lavoratori	4 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	___ / ___ / ___
Specifica lavoratori	4 ore - AA 8 ore - docenti e CS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	___ / ___ / ___
Preposti	8 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	___ / ___ / ___

Dirigenti	16 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Addetto primo soccorso	12 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Somministrazione farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Uso del defibrillatore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Addetto antincendio	4 ore - rischio basso 8 ore - rischio medio 16 ore - rischio elevato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Idoneità tecnica (antincendio)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)	32 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

AGGIORNAMENTO

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento per:

- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- addetto al servizio di prevenzione e protezione;

- responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

Denominazione corso AGGIORNAMENTO	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Lavoratori, preposti e dirigenti	6 ore ogni 5 anni	“ SI	—	— / — / —
		“ NO	—	— / — / —
			—	— / — / —
Addetto primo soccorso	4 ore ogni 3 anni	“ SI “ NO	—	— / — / —

Informativa sulla privacy

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.icviascopoli.edu.it/privacy-2/>

Pavia, _____

Firma _____