

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____, assunto presso l'IS G 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 _____ (_____) 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: libero/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 _____
- 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
e di prendere visione dell'informativa MIM con sottoscrizione allegata all'assunzione in servizio.
(solo per il personale a tempo indeterminato)

COMUNICA

1. i seguenti recapiti:

Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO): _____

Indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

Telefono fisso: _____

Telefono cellulare: _____

2. 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

Firma del Dipendente
