

OGGETTO: Assunzione in servizio (Docenti/ATA) - anno scolastico 2024/2025.

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____,

email _____ @ _____,

email _____ @ _____,

in possesso del seguente codice fiscale _____

docente di (*per il personale docente*) _____, n. ore _____

qualifica (*per il personale ATA*) _____, n. ore _____

e n. ore in altre Istituzioni Scolastiche:

n. ore _____ presso Istituto _____ di _____

n. ore _____ presso Istituto _____ di _____

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna per n. ore _____, a tempo _____

Comunica inoltre che nell'anno scolastico 2022/2023 ha prestato servizio presso

_____ di _____

Lanuvio, _____

Firma del dichiarante



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

residente a _____ via _____
consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che, inoltre, la
falsa dichiarazione comporta la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente in _____ via _____
- 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/a con _____)

- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
rilasciato da _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione
di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimento amministrativi iscritti nel
casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, _____ Il dichiarante _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

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, ...l... 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.

...l... 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

Data / /

Firma _____

...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.

Data / /

Firma _____



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NO ME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio:

C/C Postale

Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

DATA _____

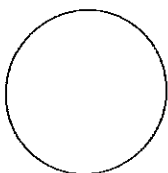
Firma per esteso

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello postale sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora Poste Italiane Spa comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente _____

Data _____