

TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

Iscrizione al seguente sindacato:

Altro _____ Scadenza _____

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto Scuola, istituita con l'accordo con l'Aran e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001 dichiara altresì:

- di essere già iscritto al Fondo Espero
- di non essere iscritto al Fondo Espero

CORSI SICUREZZA EFFETTUATI

Corso lavoratori	SI	NO	Istituto _____
Primo soccorso	SI	NO	Istituto _____
Antincendio	SI	NO	Istituto _____
R.L.S	SI	NO	Istituto _____
A.S.P.P.	SI	NO	Istituto _____
Corso Preposto	SI	NO	Istituto _____
Altri (allegare copia attestati)	_____		

ALLEGATI

- copia documento di identità
- copia tesserino codice fiscale
- copia titolo di studio
- foglio di individuazione rilasciato dall'Ufficio Scolastico Provinciale.
- (solo per il personale ATA) copia di tutti i titoli di studio dichiarati nella domanda

__ I __ sottoscritt__ è consapevole che tutto quello dichiarato ha validità di autocertificazione e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati.

Data |__|__|__| Firma _____

__ I __ sottoscritt__ , ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, 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 _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

di prestare contemporaneo servizio presso le seguenti istituzioni scolastiche:

Scuola | _____ | per n. ore | _____ |

Scuola | _____ | per n. ore | _____ |

che la prima scuola cui è stata presentata la domanda di inclusione nelle graduatorie di Istituto è _____

l'ultima sede di servizio è stata _____

Dichiara inoltre:

di essere cittadino italiano

di godere dei diritti civili e politici

di non aver a proprio carico sentenze di condanna che comportino interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici

di essere nella seguente posizione agli effetti del servizio militare:

di essere: _____

celibe/nubile

coniugato/a

divorziato/a

vedovo/a

Separato/a legalmente ed effettivamente

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio _____

di essere in possesso della seguente abilitazione per la classe di concorso _____
conseguita nell'anno _____

di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n. 29 del 03.02.1993 o dall'art. 508 del D.L. 297/94;

di non essere stato assunto avvalendosi di riserve o precedenza;

di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata;

che i dati esatti dell'ASL di competenza dove inviare le visite fiscali sono i seguenti:

.....

AUTODICHIARAZIONE CASELLARIO GIUDIZIALE

Il/La sottoscritt _____
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183/2011,

DICHIARA

ai fini del D. Lgs. N. 39 del 4 marzo 2014, attuativo della Direttiva 2011/93/UE e sotto la propria responsabilità di non aver riportato condanne penali o procedimenti penali in corso, ai sensi degli art.600- bis, 600-ter, 600-quater, 600 quinquies e 609 undecies del Codice Penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

PRESTA

il proprio consenso all'eventuale richiesta del certificato di cui all'art. 25 del DPR 313/2002 e al trattamento dei dati giudiziari da parte del datore di lavoro.

Data | ____ | ____ | ____ |

Firma _____