

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO"
AVELLINO

Oggetto: **Assunzione in servizio.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ via _____ n. _____, domiciliato
(compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza) in _____ via
_____ n. _____, C.F. _____ mail
_____ tel. _____,

a seguito di:

- immissione in ruolo con provvedimento _____
- mobilità
- assegnazione provvisoria
- utilizzazione per la classe di concorso _____
- individuazione AT di _____
- individuazione Istituto Tecnico Tecnologico "Guido Dorso" di Avellino
- altro (es. COE con completamento) _____

DICHIARA

1) di assumere servizio in data odierna in qualità di

- Docente classi di concorso _____
- Assistente amministrativo
- Assistente tecnico area _____
- Collaboratore scolastico

con contratto a tempo:

- Determinato
- Indeterminato

per n. _____ ore settimanali (part time per ore _____)

completamento orario: scuola _____ per n. _____ ore settimanali

scuola _____ per n. _____ ore settimanali

2) di avere titolarità presso _____

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

4) che il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio è:

Paese ___ CIN EU ___ CIN ___ ABI ___ CAB ___ C/C _____ ;

BANCA _____

5) di avere:

CONIUGE A CARICO SI NO

FIGLI A CARICO SI NO

ALTRE PERSONE A CARICO _____

6) di voler richiedere le detrazioni per familiari a carico al _____%

non voler richiedere le detrazioni per familiari a carico

7) di voler richiedere gli assegni per il proprio nucleo familiare

non voler richiedere gli assegni per il proprio nucleo familiare

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

<https://www.trasparenza-pa.net/?codcli=SG27631&node=173245>

Dichiara, inoltre, di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link:

<https://www.itisguidodorso.edu.it/index.php/privacy>

AVELLINO, _____

Firma _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, 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:

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere residente a _____
- di essere cittadino italiano (oppure) _____
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere: celibe nubile
- di essere coniugato/a con _____
- di essere vedovo/a di _____
- di essere divorziato/a da _____
- che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

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

di essere in possesso del seguente titolo di studi _____ rilasciato da _____

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

- di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero
- 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

DICHIARA

- che non sono in corso procedimenti a proprio carico e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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.:

DICHIARA

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

che (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

...!... 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. Presta il proprio consenso alla richiesta del certificato di cui all'articolo 25 del DPR 313/2002 e al trattamento dei dati giudiziari da parte dell'Istituto Tecnico Tecnologico "Guido Dorso" di Avellino.

DICHIARA

di aver frequentato i seguenti corsi ai sensi del D.Lgs. 81/08

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	8 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	___	___/___/___
Preposti	8 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	<input type="checkbox"/> 4 ore - rischio basso <input type="checkbox"/> 8 ore - rischio medio <input type="checkbox"/> 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		

Indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

Denominazione corso AGGIORNAMENTO	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Lavoratori, preposti	6 ore ogni 5 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	—	—/—/—
Addetto primo soccorso	4 ore ogni 3 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	—	—/—/—

Lo/La scrivente si impegna a produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni

Allega alla presente copia di:
documento di riconoscimento
tessera sanitaria

AVELLINO, _____

Firma _____

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO" AVELLINO

Oggetto: autocertificazione vaccinazioni.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ via _____ n. _____,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanea | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

AVELLINO, _____

Firma _____

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO" AVELLINO

Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

Il/La sottoscritt _____ nat__ a
_____ il _____ docente/ATA con contratto a
tempo determinato/indeterminato di _____ presso
questo Istituto

CHIEDE

alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____
_____ ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n° 165/2001 e dell'art. 508 del D. L.vo n°
297/1994.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

AVELLINO, _____

Firma _____