|  |  |
| --- | --- |
| Istituto Comprensivo Statale “Ruggiero-3° Circolo” CASERTA | |
| Assunzione in servizio | Prot. N. /FP del |
| Contratto di Lavoro | Prot. N. /FP del |

Oggetto: **Assunzione in servizio**

… l … sottoscritt… nat… a Prov. il residente a Prov. CAP Indirizzo Via e n. DOMICILIO (solo se diverso) Recapiti Telefonici / Cellulare - Codice Fiscale Partita Spesa fissa Casella di posta elettronica ministeriale @ istruzione.it Casella di posta elettronica PERSONALE @

DOCENTE Scuola dell’Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria 1° grado PERSONALEATA Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico;

D IC H IA R A

di avere assunto servizio PER N° ORE in data a seguito di:

Trasferimento definitivo Utilizzazione/assegnazione provvisoria

Nomina a tempo indeterminato Supplenza annuale

Supplenza fino al termine delle attività didattiche Supplenza temporanea

Nomina fino all’avente diritto In possesso di convalida punteggio

Passaggio di Ruolo Incarico annuale per I.R.C.

COMPLETAPERN°ORE CON

**Ultima Scuola** presso la quale ha prestato servizio a qualsiasi titolo:

dal al

==============================================================

**SOLO PER I SUPPLENTI CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO**

**DICHIARA**

ai fini di un eventuale Trattamento di Fine Rapporto, che nella giornata antecedente l’assunzione in servizio presso questa Istituzione Scolastica:

non prestava servizio presso altra Istituzione Scolastica o altro Ente Pubblico;

prestava servizio dal al presso

ai fini del CALCOLO DELLE FERIE:

ha un’anzianità di servizio

SUPERIORE

INFERIORE AI 3 ANNI

Le presenti dichiarazioni vengono rilasciate dall’interessato/a, consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da omessa o falsa attestazione (D.P.R. n° 445/2000)

==============================================================

Si Allega:

1. Fotocopia documento di riconoscimento
2. Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria
3. Codice IBAN del C/C per accredito emolumenti

Caserta, lì

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 46 e art. 47 )**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il ,

residente a via n° ,

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

## D I C H I A R A

di essere nato/a 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 : celibe , nubile , coniugato/a con …..... vedovo/a di )

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 dalla Scuola/Università di

di essere in possesso del seguente codice fiscale:

di aver presentato i documenti di rito presso

# di non avere rapporti di pubblico impiego o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D.L.vo n. 297 del 16/04/94

*Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa di codesta Scuola ai sensi del Regolamento UE 2016/678*

*«Codice in materia di protezione dei dati personali», art****.*** *13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n****.****305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari….».*

## INFORMAZIONE OBBLIGATORIA ALLE DIPENDENTI DI SESSO FEMMINILE ai sensi del Dlgs 626/94 art. 21

**e Dlgs 151/2001 art.11**

La sottoscritta prende atto che ai sensi del Dlgs 626/1994 in questo ambiente di lavoro esistono per donne in stato di gravidanza rischi specifici in talune attività didattiche e/o l aboratori e per talune mansioni; pertanto è consapevole che comunicando tale condizione al Dirigente Scolastico, in tutta riservatezza potrà avere informazioni personalizzate sui rischi e avrà diritto a determinate cautele e limitazioni di attività, imposte dalla normativa. (Dlgs 151/2001).

## INFORMAZIONE OBBLIGATORIA A TUTTI I DIPENDENTI AI SENSI DEL DLGS 626/94

Il/La sottoscritto/a prende atto che in questo Istituto scolastico esiste ed è sempre consultabile un piano per l’evacuazione dell’edificio in eventuale situazione d’emergenza e si impegna a prenderne immediatamente visione per essere in grado di comportarsi correttamente in caso di pericolo. Prende, altresì, atto che per problematiche relative alla salute e sicurezza sul posto di lavoro o per segnalare rischi o pericoli può rivolgersi, oltre che al Dirigente Scolastico, a specifiche figure**:** il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, gli Addetti al Primo Soccorso, gli Addetti Antincendio e gli Addetti all’Emergenza. I loro nominativi sono pubblicati all’albo della scuola ed è possibile ottenerli anche in Segreteria.

Firma del dichiarante (\*)

Caserta, / /

(\*)Il dichiarante ha firmato in presenza dell'impiegato addetto a ricevere l'atto ed è stato da lui identificato