



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Piazza Forlanini"
Piazza C. Forlanini, 8 - 00151 Roma
C.F. 97713160584 – C.M. RMIC8FZ002
Tel. : 06.95955195– Fax 06.94377559

e-mail: rmic8fz002@istruzione.it – Pec: rmic8fz002@pec.istruzione.it

OGGETTO: Assunzione in servizio docenti/ATA – anno scolastico 20 /20 .

__l__ sottoscritt__

nat__ a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____,

email _____ @ _____,

codice fiscale _____

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

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

- PER LA SCUOLA PRIMARIA specificare se in possesso della Specializzazione di Inglese S I / NO

e n. ore in altre Istituzioni Scolastiche:

n. ore _____ presso Istituto _____ di _____

n. ore _____ presso Istituto _____ di _____

n. ore _____ presso Istituto _____ di _____

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna per n. ore _____.

Comunica inoltre che nell'anno scolastico 20 /20 ha prestato servizio presso

_____ di _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta OPPURE, IN ALTERNATIVA, inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	Nome
---------	------

Nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

[illegible]

Residente in (Via, Largo, Piazza, ...) Prov.

CAP	Città
-----	-------

Domiciliato in (se diverso dalla residenza)

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Telefono fisso _____ Telefono cellulare _____

Fax E-mail

chiede che le proprie competenze vengano corrisposte con accredito in conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN (27 caratteri obbligatori):

Paese	Cin Iban		Cin Bban	Codice ABI				Codice CAB				Numero di Conto Corrente (con gli zeri iniziali)						

Beneficiario (intestato a):

Data	/	/	Firma
------	---	---	-------



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 ricevere e prendere visione dell'INFORMATIVA ai sensi dell'Articolo 4, dell'Accordo ARAN del 16/11/2023 sulla regolamentazione inerente alle modalità di espressione della volontà di adesione al Fondo pensione Espero, anche mediante forme di silenzio-assenso, ed alla relativa disciplina di recesso del lavoratore.

Data ____/____/____

Firma _____

...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 _____



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 _____

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA

A) DELL'INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

B) DELL'ATTO AUTORIZZATIVO E DELLE ISTRUZIONI PER GLI ADDETTI AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto _____
in qualità di (*) _____ dell'Istituto,

(*) indicare: docente / assistente amministrativo / DSGA / collaboratore scolastico o altro (specificare)

DICHIARA

- **di avere preso visione in data odierna dell'informativa** ("personale dipendente") fornita dal Titolare ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, reperibile nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link:

<https://www.icpiazzaforlanini.edu.it/wordpress23/2023/04/05/privacy-policy/>

Luogo e data _____, _____

Firma _____

-**di avere preso visione della NOMINA AD "Autorizzato al trattamento dei dati personali" e delle istruzioni** relative al trattamento dei dati che effettuerà per conto del Titolare in qualità di addetto al trattamento riservato alla propria mansione, reperibili nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link:

<https://www.icpiazzaforlanini.edu.it/wordpress23/2023/04/05/privacy-policy/>

Luogo e data _____, _____

Firma _____