

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a _____, assunto presso l'IC Manfredini di Pontinia in qualità di _____, consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del 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 a _____
 - in Via _____
 - n° civico _____ C.A.P. _____;
- di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____
 - in Via _____
- n° civico _____ C.A.P. _____;
- 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);
- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

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

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 1. conseguito il _____ rilasciato da _____ votazione _____
 2. conseguito il _____ rilasciato da _____ votazione _____
 3. conseguito il _____ rilasciato da _____ votazione _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
- di avere il seguente numero di partita di spesa fissa (riportato in alto a sx del cedolino) _____;
- ai fini della maturazione delle ferie, di trovarsi al (indicare gli anni di servizio compreso quello attuale _____) anno di servizio;

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del Dlgs n. 297/1994 o dall'art. 53 del D.lgs n. 165/2001, ovvero di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro ;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in corso a proprio carico;
- di non aver riportato condanne penali che costituiscano causa ostativa all'instaurazione del rapporto di lavoro, fatti salvi gli effetti di eventuali provvedimenti di riabilitazione o estinzione del reato;
- che la propria ASL di appartenenza è _____;
- di non poter assumere servizio per il seguente motivo:
 - Interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità, ai sensi del Dlgs n. 151/01 / congedo obbligatorio per maternità;
 - mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso _____;
 - aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di _____;
 - dottorato di Ricerca/borsa di studio presso _____;
 - altro _____

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, il/la sottoscritto/a dichiara (Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto):

- di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero _ ha optato per il riscatto della posizione maturata;
- di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero;

COMUNICA

1. i seguenti recapiti:

Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO): _____

Indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

Telefono fisso: _____

Telefono cellulare: _____

2. la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti (solamente coloro che non hanno mai prestato servizio nella Scuola devono indicare le coordinate bancarie/postali al fine di consentire l'accredito delle competenze mensili):

Codice IBAN: _____

Tipo Conto Corrente (indicare se bancario o postale): _____

Infine si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, modificato dal n. 101 del 10 agosto 201, 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.

Si allegano in copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

Pontinia, lì

Firma del Dipendente