

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____, assunto presso l'ISIS "R. FORESI"
di Portoferraio 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: libero/coniugato);
- di essere nella seguente posizione agli effetti militari (indicare se assolto o esente) _____;
- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

n°	Cognome e Nome	Nascita		Rapporto con il dichiarante
		Luogo	Data	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del Dlgs n. 297/1994 o dall'art. 53 del Dlgs n. 165/2001, ovvero di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro;
- 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 _____;
- ai fini della maturazione delle ferie di trovarsi al (indicare gli anni di servizio compreso quello attuale) _____;
- che la propria ASL di appartenenza è _____;

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:

Codice IBAN: _____

Tipo Conto Corrente (indicare se bancario o postale): _____
3. Numero di partita di spesa fissa (in alto a sinistra del cedolino di stipendio) _____
4. Servizio scolastico anteriore all'assegnazione in questa sede (ultimi tre anni):
 - Anno Scolastico _____ scuola di servizio _____
 - Anno Scolastico _____ scuola di servizio _____
 - Anno Scolastico _____ scuola di servizio _____

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE679/2016 e artt. 13 e 14 del D. Lgs 196/2003 pubblicata nella sezione Privacy del sito web istituzionale al link <https://trasparenza-pa.net/?codcli=SS16132&node=139136&page=2>

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della determina dirigenziale di istituzione dell'unità organizzativa cui sono stato assegnato ed autorizzata al trattamento di dati personali, e delle relative linee guida per il trattamento dei dati personali, documenti pubblicati nella sezione privacy del sito web istituzionale al link <https://trasparenza-pa.net/?codcli=SS16132&node=139136&page=2>

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

Portoferraio, _____

Firma del dipendente
