

**MODELLO DI ASSUNZIONE IN SERVIZIO**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

**D I C H I A R A**

1. di prendere servizio presso questo Istituto in data \_\_\_\_\_ in qualità di

personale docente  personale ATA con incarico a Tempo Indeterminato/Determinato a seguito di:

.....  
*(Nomina Annuale, fino al termine delle attività didattiche, Passaggio di ruolo, Utilizzazione, Assegnazione Provvisoria, Trasferimento, Immissione in ruolo)*

per l'insegnamento di \_\_\_\_\_ [cl.d.c. \_\_\_\_\_]

per il profilo di \_\_\_\_\_ (AA - AT - CS)

per complessive n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di lezione

Eventuale scuola di completamento/titolarità:

Scuola \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ore.

Ultimo servizio prestato presso:

A.S.	SCUOLA O ISTITUTO	SERVIZIO	MATERIA	QUALIFICA	NATURA INCARICO
		Dal ..... Al .....			

*N.B. Allegare fotocopia ultimo cedolino stipendio.*

(DPT di ..... ) Partita di spesa fissa n° .....

2. di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto  
<https://www.comprensivovillaverrocchio.it/index.php/11-generale/37-autonomia-scolastica>

I.../L... sottoscritt... **dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:**

- 1) di non avere rapporti di pubblico impiego o privato e di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L.vo 03/02/93 n° 28 o dall'art. 508 del D.L.vo n° 297 del 16/04/94;
- 2) di non percepire pensione a qualsiasi titolo o di percepire pensione per .....erogata da ..... per un importo mensile di €. ....

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «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 laboratori 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 81/2008**

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 sul sito della scuola ed è possibile ottenerli anche in Segreteria.

.....  
*luogo e data*

.....  
*Firma del dichiarante (\*)*

(\*)

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

Oppure, in alternativa:

Il dichiarante ha allegato copia di un valido documento d'identità, che sarà conservato unitamente alla presente dichiarazione (solo in caso di consegna tramite incaricato).

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.)  
(indirizzo)

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**

O di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

O di essere residente a \_\_\_\_\_

O di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_

O di godere dei diritti civili e politici

O di essere:  celibe  nubile

O di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_

O di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_

O di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_

O che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

O che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

O che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

O che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

O di essere iscritto nell'albo o elenco \_\_\_\_\_  
tenuto da pubblica amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

O di appartenere all'ordine professionale \_\_\_\_\_

O titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_

rilasciato dalla scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

anno di conseguimento \_\_\_\_\_ voto di diploma/ laurea \_\_\_\_\_

codice identificativo di laurea \_\_\_\_\_

O qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di

aggiornamento e di qualificazione tecnica \_\_\_\_\_

O previsti da leggi speciali, per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente \_\_\_\_\_

O possesso e numero del codice fiscale \_\_\_\_\_

O partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_

O stato di disoccupazione

O qualità di studente presso la scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

O qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili \_\_\_\_\_

O iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo \_\_\_\_\_

O di aver svolto il servizio  
militare \_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**

#### **Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.comprensivovillaverrochio.it/attachments/category/11/Informativa%20personale%20interno,%20a%20T.D.%20ed%20occasionale-signed.pdf>

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO VILLA VERROCCHIO**

**Oggetto: richiesta di accreditalmento stipendio.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_,  
n. partita spesa fissa \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio

ID NAZ	CIN E	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

intestato a .....

Istituto bancario .....

N. agenzia .....

CONIUGE A CARICO      SI    NO

FIGLI A CARICO          SI    NO

ALTRE PERSONE A CARICO \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.comprensivovillaverrocchio.it/attachments/category/11/Informativa%20personale%20interno,%20a%20T.D.%20ed%20occasionale-signed.pdf>

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_

**Oggetto: autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

dichiara

- che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;
- 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.p.:

---

---

---

---

dichiara altresì

*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 INFINE

(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

...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.

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.comprensivovillaverocchio.it/attachments/category/11/Informativa%20personale%20interno,%20a%20T.D.%20ed%20occasionale-signed.pdf>

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPENSIVO VILLA VERROCCHIO**

Oggetto: consenso dell'interessato alla richiesta del datore di lavoro del certificato di cui all'art. 25 bis D.P.R. 313/2002.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_,

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DELL' ISTITUTO COMPENSIVO VILLA VERROCCHIO DI MONTESILVANO.

...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.

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.compensivovillaverrocchio.it/attachments/category/11/Informativa%20personale%20interno,%20a%20T.D.%20ed%20occasionale-signed.pdf>

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_



**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO VILLA VERROCCHIO**

**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 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

...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 \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.comprensivovillaverrocchio.it/index.php/accesso-rapido/lista-delle-news-principali/50-privacy>

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO VILLA VERROCCHIO**

Oggetto: autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di aver preso visione della documentazione pubblicata nella sezione "Sicurezza" del sito web dell'istituto <https://www.comprensivovillaverrocchio.it/index.php/l-istituto/prevenzione-e-protezione> e in particolare il piano di emergenza ed evacuazione dei plessi

- di essere consapevole:

- che tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto delle prescrizioni riportate nel "*REGOLAMENTO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI DIPENDENTI E DEGLI ALUNNI*".
- che in caso di infortuni sul lavoro devono essere adottati comportamenti conformi a quanto indicato nel "*PIANO DI PRIMO SOCCORSO*".
- che in caso di incendio, quando viene dato l'allarme (avviso di esodo) e in qualsiasi situazione di emergenza devono essere adottati i comportamenti illustrati nel "*PIANO DI EMERGENZA*".
- che in riferimento a quanto stabilito dall'art. 6 del D.Lgs. n. 151/2001 il Datore di Lavoro è tenuto ad adottare le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio *a partire dalla consegna del Certificato di Gravidanza o documento equivalente*.

**DICHIARA**

di aver frequentato i seguenti corsi

<b>Denominazione corso FORMAZIONE</b>	<b>Durata prevista da normativa</b>	<b>Eseguito</b>	<b>Ore frequentate</b>	<b>Concluso in data</b>
<b>Generale lavoratori</b>	<b>4 ore</b>	" SI " NO	_____	___ / ___ / ___
<b>Specifica lavoratori</b>	<b>8 ore</b>	" SI " NO	_____	___ / ___ / ___
<b>Preposti</b>	<b>8 ore</b>	" SI " NO	_____	___ / ___ / ___

<b>Dirigenti</b>	<b>16 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>12 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Somministrazione farmaci</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Uso del defibrillatore</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Addetto antincendio</b>	<b>4 ore - rischio basso</b>  <b>8 ore - rischio medio</b>  <b>16 ore - rischio elevato</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Idoneità tecnica (antincendio)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)</b>	<b>32 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	____ / ____ / ____
<b>Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

### AGGIORNAMENTO

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento per:

- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- addetto al servizio di prevenzione e protezione;

- responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

<b>Denominazione corso AGGIORNAMENTO</b>	<b>Durata prevista da normativa</b>	<b>Eseguito</b>	<b>Ore frequentate</b>	<b>Concluso in data</b>
<b>Lavoratori, preposti e dirigenti</b>	<b>6 ore ogni 5 anni</b>	.. SI	___	___ / ___ / ___
		.. NO	___	___ / ___ / ___
			___	___ / ___ / ___
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>4 ore ogni 3 anni</b>	.. SI	___	___ / ___ / ___
		.. NO		___

### **Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.comprensivovillaverrochio.it/attachments/category/11/Informativa%20personale%20interno.%20a%20T.D.%20ed%20occasionale-signed.pdf>

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: autocertificazione vaccinazioni.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

**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-tetanica                              | <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 |

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI DIPENDENZA DA ALCOOL E DI USO DI STUPEFACENTI

art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il sottoscritto.....

Nato a.....Prov. ....il .....

Domiciliato a .....Prov. ....

Via .....n. .... Telefono .....

Codice Fiscale.....

Stato Civile .....Professione .....

Consapevole delle sanzioni in cui si incorre in caso di dichiarazione mendace (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) dichiaro sotto la mia responsabilità di :

**Non essere dipendente da alcool;**

**Non fare uso di droghe o altre sostanze stupefacenti.**

IL DICHIARANTE

Montesilvano, \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI PERSONALI DI INTERESSE DELLA SCUOLA<sup>1</sup>.**

Il/la sottoscritto/a .....

Documento..... nato/a a .....

Prov (.....) il ..... CF ..... residente nel

comune di ..... Prov (.....) in

via/piazza ..... n. ....

tel. n. .... cell. n. .... ,

email:.....,

qualifica \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato di scuola

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di I grado
- ATA (collaboratore scol.co/ass.te amm.vo)

**DICHIARA**

È in possesso dei seguenti titoli di studio ..... conseguito il  
..... presso ..... con la votazione di .....

È in possesso delle seguenti abilitazioni/titoli abilitanti

.....  
.....  
.....  
.....

È in possesso dei seguenti titoli culturali:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ha frequentato i seguenti corsi di formazione in servizio:

.....  
.....  
.....  
.....

Ha seguito il Corso di formazione sul Primo Soccorso durante l'a.s. ....

---

<sup>1</sup> Barrare ciò che interessa

Ha ricoperto i seguenti incarichi nelle precedenti sedi di servizio:

.....  
.....  
.....  
.....

Ha avuto i seguenti incarichi per il potenziamento delle attività di.....

- Ha conseguito il diploma di conservatorio.....
- È in possesso di titoli musicali.....
- Possiede le seguenti certificazioni linguistiche ed informatiche  
.....
- Non ha usato/ ha usato il REGISTRO ELETTRONICO.....
- Non ha subito richiami disciplinari e non ha contenziosi in atto.....**
- Ha/non ha superato l'anno di prova**
- Deve svolgere l'anno di prova in seguito ad immissione in ruolo o di passaggio**
- Ha partecipato a programmi ERASMUS E/O DI GEMELLAGGIO ELETTRONICO

La scuola di provenienza cui richiedere tutta la documentazione inerente la carriera e le assenze è .....

**A conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in materia, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità, (ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e successive modificazioni) DICHIARA che le informazioni di cui sopra corrispondono al vero e si impegna a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'istituto comprensivo qualsiasi variazione su indirizzo e recapiti.**

**Dichiara, inoltre, di aver preso atto delle disposizione in materia di privacy, di codice disciplinare, dei dispositivi mobili e dell'e - policy, del divieto ai rapporti amicali con gli studenti sui social.**

In fede

Firma.....