

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a _____, assunto presso l'I.C. "V. Flacco" di Sezze, Latina 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 _____;
 - 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, 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

Sezze, _____

Firma del Dipendente
