

OGGETTO:

DICHIARAZIONE CONTESTUALE DI ACCETTAZIONE NOMINA E ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S. 2023/2024

...L... SOTTOSCRITT.....

NAT... A..... PROV..... IL/...../.....

C.F.....

RESIDENTE A PROV.....

VIA/PIAZZA..... N° CAP.....

TEL..... CELL.....

E-MAIL.....

DICHIARA

- DI ACCETTARE E ASSUMERE SERVIZIO IN DATA/...../.....
- DAL.....AL.....
- PROFILO.....
- ORARIO.....
- COMPLETAMENTO PRESSO..... PER ORE.....
- A SEGUITO DI NOMINA DEL
- DI ESSERE ASSISTITO DALLA ASL N°..... DISTRETTO.....DI.....
- DI AVER PRESTATO L'ULTIMO SERVIZIO PRESSO.....
DAL...../...../..... AL...../...../.....

Chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio:
(D.P.R.367/1994 art. 14-D.M. 4/4/1995-D.M. 31/10/2002)

○ **C/C BANCARIO O POSTALE**

BANCA.....VIA.....
PROV.....

UFFICIO POSTALE.....VIA.....
PROV.....

○ **LIBRETTO POSTALE NOMINATIVO**

ABI.....CAB.....CIN.....N°.....

CODICE IBAN COMPLETO.....

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.



Riservato all'ufficio

Ufficio di Servizio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

Il Dirigente Scolastico
Prof. Pasquale Vitiello

Data.....

N.B.

Il dipendente in oggetto qualora dovesse assumere servizio presso altra scuola nel giorno immediatamente successivo alla fine di questo rapporto di lavoro è tenuto a comunicare immediatamente a questa Istituzione Scolastica il successivo contratto.

Diversamente, in caso di non continuazione del rapporto di lavoro, farà presente a questo Ufficio di non aver stipulato altri contratti di lavoro, nel qual caso dovrà presentarsi nel medesimo giorno, a compilare l'allegato g del modello tfr/1. La mancata comunicazione libera questa scuola da ogni responsabilità connessa ad eventuali omissioni o ritardi nell'invio del modello TFR/1

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 _____



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 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 _____

La richiesta da parte del datore di lavoro può essere presentata anche tramite un delegato. In questo caso allegare alla domanda, oltre alla fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, anche il conferimento della delega.

allego conferimento delega (utilizzare il Modello DELEGA N. 5)

MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 BIS DEL DPR 313/2002

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ il ___ / ___ / _____ in _____

(se nato all'estero indicare anche lo Stato) _____

Sesso: Maschile Femminile

Codice fiscale _____

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 DEL DPR 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

(indicare denominazione impresa/società/associazione/organizzazione)

Allego fotocopia non autenticata del mio documento di riconoscimento

(data) _____

(firma) _____

Al Dirigente Scolastico

Dell'I.C. Volino – Croce – Arcoledo

OGGETTO: dichiarazione.

Il/La sottoscritt nat. a il
dichiara di essere iscritt.....nella graduatoria d'istituto di..... fascia/nelle graduatorie provinciali
supplenze di Fascia, in qualità di docente di /personale ATA
collaboratore scolastico – assistente amministrativo, al posto n° con punti.....

Dichiara, inoltre

- Di non essere a conoscenza di provvedimenti a proprio carico che determinano l'esclusione dalle suddette graduatorie.

Napoli

In fede

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di I grado
"VOLINO - CROCE - ARCOLEO"
Via Annibale de Gasparis, 15 - 80137 NAPOLI
Tel e fax 081440281 C.F.95170440630
naic8bx001@istruzione.it - www.volinocrocearcoleo.it

Modello a

Prot. nr. _____ del _____

A _____

Oggetto: Informativa di cui all'art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 104/2022

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

- a. il luogo di lavoro assegnato è _____
- b. la sede legale del datore di lavoro è Napoli, Via Annibale de Gasparis, 15 - C.A.P. 80137
- c. *[Per il personale docente]* la durata del periodo di prova è di un anno scolastico, nel quale devono essere prestati almeno 180 giorni di servizio genericamente valido, dei quali 120 di effettiva attività didattica, oltre a tutte le attività formative previste *[solo per contratti a tempo indeterminato e contratti a tempo determinato di durata annuale ex-art. 59, comma 4 e comma 9-bis]*

[Per il personale ATA] la durata del periodo di prova è di _____ *[due o quattro mesi di effettivo servizio secondo il profilo professionale]*

- d. la retribuzione sarà corrisposta, di regola, mensilmente tramite il sistema NoiPA mediante accredito su conto corrente bancario o postale
- e. l'orario normale di lavoro è di _____ ore settimanali, articolati in cinque giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive / lavoro straordinario.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____ (firma del lavoratore per ricevuta)

[se consegnato a mano]

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di I grado
"VOLINO - CROCE - ARCOLEO"
Via Annibale de Gasparis, 15 - 80137 NAPOLI
Tel e fax 081440281 C.F.95170440630
naic8bx001@istruzione.it - www.volinocrocearcoleo.it

Modello b

rot. nr. _____ del _____

A _____

Oggetto: Informativa di cui all'art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 104/2022
In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____, si forniscono alla S.V. le
seguenti informazioni:

- a. è prevista una formazione obbligatoria per la sicurezza, che sarà erogata a cura e spese del datore di lavoro
- b. la durata delle ferie è pari a 2,5 giorni lavorativi
- c. sono previsti permessi per motivi personali e concorsi ed esami, retribuiti solo per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nonché altre tipologie di permessi e congedi previsti da particolari disposizioni di legge e/o contrattuali
- d. le assenze per malattia sono soggette a periodi di comporta
- e. i termini per il recesso da parte del datore di lavoro sono i seguenti: 2 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 5 anni; 3 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 10 anni; 4 mesi per dipendenti con anzianità di servizio oltre 10 anni
- f. il dipendente a tempo indeterminato deve comunicare il recesso nei termini previsti annualmente con decreto del Ministero dell'istruzione
- g. il dipendente a tempo determinato, in caso di recesso, incorre nelle sanzioni previste dall'ordinanza ministeriale [per il personale docente] / dal decreto ministeriale [per il personale ATA] sul conferimento delle supplenze al personale della scuola
- h. il contratto collettivo applicato è quello del comparto "Istruzione e ricerca" sottoscritto il 19/04/2018 dall'ARAN e dalle OO.SS. FLC-CGIL, CISL Scuola, Fed. UIL Scuola RUA, SNALS CONFESAL e Fed. GILDA UNAMS
- i. il vigente contratto d'istituto è stato stipulato in data 02/02/2022 e sottoscritto dal datore di lavoro e dalla Docente Di Mare Annamaria - CISL e dalla Docente Fiore Rosa - FLC/CGIL
- j. i contributi previdenziali e assistenziali sono versati dal datore di lavoro all'INPS e al Fondo Credito per i dipendenti pubblici. Tutti i dipendenti sono assicurati presso l'INAIL contro gli infortuni sul lavoro.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____ (firma del lavoratore per ricevuta)
[se consegnato a mano]