

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CIRCA L'ESISTENZA DI ALTRI
RAPPORTI DI LAVORO**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____ avendo
sottoscritto/a in data odierna contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di
docente _____ o nel profilo di _____ del
personale

ATA, ai sensi di quanto previsto dall'art. 18 punto 5 del CCNL del comparto scuola stipulato in data 04/08/95,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n° 29 del 03/02/1993 o dall'art. 508 del D.L. n° 297 del 16/04/1994; ovvero

di avere instaurato rapporto di lavoro pubblico/privato con _____
fino al _____ e di optare per il nuovo rapporto di lavoro.

di non essere titolare di pensione di invalidità INPS

di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata

che il giorno precedente all'assunzione in servizio presso questo istituto (giorno _____)

non era coperto da nessun altro contratto di lavoro

era in servizio presso _____

Si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse modificare lo stato della presente dichiarazione.

INFORMAZIONI CONTABILI

- Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

dichiara di riscuotere con la seguente modalità:

- Accreditamento sul conto corrente bancario** (si allega il relativo modello + distinta competenze mensili);

Banca _____ di _____

- Accreditamento sul conto corrente postale** (si allega il relativo modello + distinta competenze mensili)

- **comunica le seguenti coordinate bancarie e/o postali per l'accredito degli emolumenti: CONTO CORRENTE (IBAN)/conto postale**

Firma dell'interessata/o

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- copia carta d'identità/ patente;**

- copia codice fiscale.**

- copia cedolino**

Solo per personale NON di ruolo si allega:

- copia decreto convalida punteggio biennio 2022/2024**

In caso di primo incarico nel biennio 2024/2026, dichiaro di presentare Titoli e servizi per procedere alla convalida.

Firma _____

Inoltre Dichiaro:

- di essere iscritto al fondo esero;**

- di non essere iscritto al fondo esero.**

Firma dell'interessata/o

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente a _____ in _____ n _____,

codice fiscale _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

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 civili e politici** **di non godere dei diritti civili e politici;**
- **di aver** **di non aver riportato** condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **di essere: coniugato**__ **con** _____/; vedova; **celibe/nubile;** **separat./div.**
 - che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto;

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito il _____ presso _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
Conseguito il _____ presso _____

di essere in possesso; **di non essere in possesso; del titolo di studio di sostegno**
conseguito il _____ presso _____

SARNO,.....

Firma del DICHIARANTE _____

DICHIARAZIONE ALTRI TITOLI DI STUDIO

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

di essere in possesso di altri titoli(master, diplomi di specializzazione e altro)

_____ • di essere in possesso del seguente titolo di studio dichiarato per l'accesso all'impiego: Laurea

: (denominazione corso di laurea) _____ laurea

quadriennale laurea specialistica laurea magistrale

ambito/classe _____

Diploma 2° grado _____

Diploma laurea triennale _____

data di conseguimento _____ presso _____ Votazione _____

• di avere le seguenti Abilitazioni – Idoneità – Concorsi:

Materia – Cattedra _____ Classe _____ Punteggio _____

Data conseguimento _____ Bando _____ Posto in grad. _____

• di aver presentato i documenti di rito presso il
.....

• di essere inserit__ nella graduatoria di _____ al posto n.

_____ con punti _____ scuola capofila _____

• di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza:

moduli base (ore 4) svolto presso _____

moduli specifici (ore 8) svolto presso _____

ALTRO _____

altra formazione (pronto soccorso, antincendio etc.):

a) _____

b) _____

c) _____

IL/LA DICHIARANTE.....

DICHIARAZIONE DI PRECEDENZA / PREFERENZA ai sensi della normativa vigente

(L.104/92 art.3 comma3; art.3 comma1;art.21 - verbale di invalidità riconosciuta- verbale di grave patologia)

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera E dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del DPR 600/73 e successive modificazioni e si impegna a comunicare tempestivamente all'istituto le variazioni alla suindicata situazione.

- **di essere in possesso dei requisiti previsti della L. 104 del 05/02/1992 e successive modifiche e integrazioni:**

si **no** ; (in caso di conferma allegare copia del verbale)

PER SE STESSO ;

PER ASSISTITO NOME _____ / COGNOME _____

Grado di parentela : _____ -Verbale concesso dal/dalla _____

_____ ;

di essere in possesso di invalidità con verbale emesso dalla _____ ;

(in caso di conferma allegare copia del verbale)

di non essere in possesso di invalidità.

IL/LA DICHIARANTE.....

Per qualsiasi comunicazione verrà utilizzato il seguente indirizzo di posta elettronica istituzionale :

saic8bx00b@istruzione.it

Firma dell'interessato/a _____