

All. A

Il/La sottoscritto/a   
nato/a  il   
residente in   
via  n.   
DOMICILIO (se differente)   
C.F.   
e-mail   
e-mail istituzionale   
( nome.cognome@iisfedericosecondo.com)  
tel.

A) DICHIARA

di assumere servizio in data , presso l' Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore

in qualità di

Docente di

Assistente amministrativo       Assistente tecnico       Collaboratore scolastico

con contratto a tempo       determinato       indeterminato       ex art.59

per n.  ore settimanali

completamento orario :

scuola  per n.  ore settimanali

scuola  per n.  ore settimanali

che l'ultima sede di servizio è stata  con contratto fino

la scrivente dichiara:

- di assumere servizio in data odierna, presso l'IIS "Federico II" di Apricena
- di possedere il seguente titolo di studio:

**Titolo di studio di accesso:** \_\_\_\_\_

Conseguito il: \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_

**Abilitazione all'insegnamento:**

Decreto Ministeriale n. \_\_\_\_\_ del //\_\_\_\_ – conseguita il: //\_\_\_\_

**Specializzazione per il sostegno (se presente):**

Conseguita presso \_\_\_\_\_ il: //\_\_\_\_

- **Motivazione della presa di servizio:**

Immissione in ruolo

Concorso (specificare) \_\_\_\_\_

GPS art. 59, comma 4, D.L. 73/2021

GAE

Passaggio di ruolo/cattedra da \_\_\_\_\_

Trasferimento da \_\_\_\_\_

Supplenza annuale o temporanea fino al / /2026

(punteggio \_\_\_\_\_ – posizione in graduatoria \_\_\_\_\_)

Completamento orario presso Istituto \_\_\_\_\_

Codice meccanografico \_\_\_\_\_

Assegnazione provvisoria

Utilizzazione

Altro: \_\_\_\_\_

- Di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblici e i regolamenti pubblicati sul sito della scuola
- Di aver ricevuto l'autorizzazione al trattamento dei dati personali
- Se a T.D. di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito in merito alla fruizione delle ferie

**B) DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

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

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

- di essere nato/a  il
- di essere residente a
- di essere cittadino italiano (oppure)
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere :  celibe     nubile
- di essere coniugato/a con
- di essere vedovo/a di
- di essere divorziato/a da
- che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il

- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- di essere iscritto nell'albo o elenco
- tenuto da pubblica amministrazione  di
- di appartenere all'ordine professionale
- titolo di studio posseduto
- rilasciato dalla scuola/università
- di
- anno di conseguimento  voto di diploma/ laurea
- codice identificativo di laurea
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica
- benefici previsti da leggi speciali, per l'anno  è la seguente
- possesso e numero del codice fiscale
- partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria
- stato di disoccupazione
- qualità di studente presso la scuola/università  di
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo

**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.**

**e) COMUNICA**

che il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio

è : CONTO CORRENTE (IBAN)

BANCA \_\_\_\_\_

CONIUGE A CARICO     SI         NO

FIGLI A CARICO         SI         NO

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

**D) autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti**

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 ALTRESI'**

*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

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

**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 STATALE DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE "FEDERICO II"**

## F) DICHIARAZIONI FONDO ESPERO – PREVIDENZA COMPLEMENTARE

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

Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della posizione maturata alla scadenza del precedente contratto.

A tal fine si richiamano tutte le disposizioni in merito al fondo Espero, rinvenibili sul sito web dell'istituzione scolastica.

**G)**

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'**

**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

**H) DICHIARAZIONE ai fini autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008**

(copia della presente deve essere consegnata al II Collaboratore)

**DICHIARA**  
di aver frequentato i seguenti corsi :

Denominazione corso FORMAZIONE	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
Generale lavoratori	4 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Specifica lavoratori	4 ore - AA 8 ore - docenti e CS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Preposti	8 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

## 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 prevenzion e protezione;

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

Denominazione corso AGGIORNAMENTO	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentat e	Concluso in data
<b>Lavoratori, preposti e dirigenti</b>	<b>6 ore ogni 5 anni</b>	<input type="checkbox"/> SI	[ ]	[ ]/[ ]/
		<input type="checkbox"/> NO	[ ]	[ ]/[ ]/
		<input type="checkbox"/> NO	[ ]	[ ]/[ ]/
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>4 ore ogni 3 anni</b>	<input type="checkbox"/> SI	[ ]	[ ]/[ ]/
		<input type="checkbox"/> NO		



**Il/La sottoscritto/a DICHIARA DI AVER COMPILATO LE SEGUENTI SEZIONI (SPUNTARE QUELLE COMPILATE) :**

- A**
- B**
- C**
- D**
- E**
- F**
- G**
- H**

.Apricena, li

Data

Firma

Il/La sottoscritto/a

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 , 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.

Apricena, li

DICHIARANTE

Data

Firma