

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

I sottoscritt _____, assunto presso l' I.C. Settimo II 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

DICHIARA

- di essere nat a _____ () il
- di essere residente a _____ ()
via _____ n° civico C.A.P.
- di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____
() via _____ n° civico C.A.P.
- di essere cittadin italian 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)
- 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 non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'Amministrazione
- di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n.165/2022 e successive modifiche.
- 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
- che la propria ASL di appartenenza è
- di non poter assumere servizio per il seguente motivo :
 - interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità
 - congedo obbligatorio per maternità
 - mandato amministrativo regionale o parlamentare etc presso
 - mandato amministrativo regionale 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, I sottoscritt 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
- di non essere già iscritto al Fondo Scuola Espero

COMUNICA

1. i seguenti recapiti

Indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria Scuola (PEO) :

Indirizzo di Posta Elettronica Ordinaria Personale (PEO) :

Telefono Fisso :

Telefono Cellulare :

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

Settimo Torinese,

Firma del Dipendente
