Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. 8 di Bologna

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____, assunto presso l'IC 8 di Bologna 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				
5				
6				
7				
8				

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D. lgs 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 D. lgs. 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 aver aderito al Fondo Scuola Espero (___%);

☐ di non aver aderito 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

Bologna, _____

Firma del Dipendente _____