

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO"
AVELLINO

Oggetto: **Assunzione in servizio.**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ via _____ n. _____, domiciliato
(compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza) in _____ via
_____ n. _____, C.F. _____ mail
_____ tel.(obblig.) _____ cellulare _____

a seguito di:

- immissione in ruolo con provvedimento _____
- mobilità
- assegnazione provvisoria
- utilizzazione per la classe di concorso _____
- individuazione AT di _____
- individuazione Istituto Tecnico Tecnologico "Guido Dorso" di Avellino
- altro (es. COE con completamento) _____

DICHIARA

1) di assumere servizio in data odierna in qualità di

- Docente classe di concorso _____
- Assistente amministrativo
- Assistente tecnico area _____
- Collaboratore scolastico

con contratto a tempo:

- Determinato
- Indeterminato

per n. _____ ore settimanali (part time per ore _____)

completamento orario: scuola _____ per n. _____ ore settimanali

scuola _____ per n. _____ ore settimanali

2) di avere titolarità presso _____

3) che l'ultima sede di servizio è stata _____ con contratto fino al _____

4) che il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio è:

Paese ___ CIN EU ___ CIN ___ ABI ___ CAB ___ C/C ___ ;

BANCA _____

5) di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto

<https://www.trasparenza-pa.net/?codcli=SG27631&node=173245>

Dichiara, inoltre, di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link:

<https://www.itisguidodorso.edu.it/index.php/privacy>

AVELLINO, _____

Firma _____

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, 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:

DICHIARA

- di essere nato/a 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)

- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (____)
- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (____)
- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (____)
- che il/la figlio/a è nato/a in data _____ a _____ (____)

di essere in possesso del seguente titolo di studi _____ rilasciato da _____

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

- di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero
- 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

DICHIARA

- che non sono in corso procedimenti a proprio carico e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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

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

che (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

...!... 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. Presta il proprio consenso alla richiesta del certificato di cui all'articolo 25 del DPR 313/2002 e al trattamento dei dati giudiziari da parte dell'Istituto Tecnico Tecnologico "Guido Dorso" di Avellino.

DICHIARA

di aver frequentato i seguenti corsi ai sensi del D.Lgs. 81/08

| 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 | ___ | ___/___/___ |
| Specifica lavoratori | 8 ore | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ___ | ___/___/___ |
| Preposti | 8 ore | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ___ | ___/___/___ |
| Addetto primo soccorso | 12 ore | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ___ | ___/___/___ |
| Somministrazione farmaci | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ___ | ___/___/___ |
| Uso del defibrillatore | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ___ | ___/___/___ |
| Addetto antincendio | <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 | ___ | ___/___/___ |
| Idoneità tecnica (antincendio) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

| | | | | |
|--|--------|--|---|-----------|
| Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) | 32 ore | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | — | — / — / — |
| Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

| Denominazione corso AGGIORNAMENTO | Durata prevista da normativa | Eseguito | Ore frequentate | Concluso in data |
|-----------------------------------|------------------------------|--|-----------------|------------------|
| Lavoratori, preposti | 6 ore ogni 5 anni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | — | — / — / — |
| Addetto primo soccorso | 4 ore ogni 3 anni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | — | — / — / — |

Lo/La scrivente si impegna a produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni

**Allega alla presente copia di:
documento di riconoscimento
tessera sanitaria**

AVELLINO, _____

Firma _____

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO" AVELLINO

Oggetto: autocertificazione vaccinazioni.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente in
_____ via _____ n. _____,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

AVELLINO, _____

Firma _____

Alla Dirigente Scolastica

I.T.T. "GUIDO DORSO" AVELLINO

Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

Il/La sottoscritt _____ nat__ a
_____ il _____ docente/ATA con contratto a
tempo determinato/indeterminato di _____ presso
questo Istituto

CHIEDE

alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di _____
_____ ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n° 165/2001 e dell'art. 508 del D. L.vo n°
297/1994.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

AVELLINO, _____

Firma _____