



Liceo Scientifico Statale - "A. Diaz"
Via Ferrara - 81100 Caserta Tel./Fax 0823/326354
Distretto 12 Codice Istituto CEPS010007
Cod. Fisc. 80106520614
ceps010007@istruzione.it - www.liceodiazce.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE IN SERVIZIO.

_____ L. sottoscritt _____ nat _____ a _____

(Cognome e nome) ..

(prov. _____) il _____ residente in _____ (prov. _____)

Via/Piazza _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Codice Fiscale: _____ Numero di partita di Spesa Fissa: _____

DICHIARA

di prendere servizio presso questo Istituto in data _____ in qualità di DOCENTE con incarico _____

a Tempo Indeterminato/Determinato per l'insegnamento di _____

[classe di concorso _____] per n° _____ ore settimanali di lezione.

Eventuale scuola di completamento presso:

Scuola: _____ n° _____ ore.

Eventuale scuola di completamento presso:

Scuola _____ n° _____ ore.

Ultimo servizio prestato presso:

Scuola _____ sino al _____

Caserta, _____

Riservato all'Ufficio.

rot.n.	del
--------	-----



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONI

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:

☐ di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero ☐ ha optato per il riscatto della posizione maturata

☐ di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

Data / /

Firma _____

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

...I... sottoscritt... 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

Data / /

Firma _____

...I... 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.

Data / /

Firma _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____
residente a _____ via _____

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

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente in _____ via _____
- 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/a con _____)

- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
rilasciato da _____

- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimento amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, _____ Il dichiarante _____

All'Ufficio Responsabile

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA			SESSO (M o F)
		giorno	mese	anno	
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA	PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)			
DOMICILIO - VIA E N.CIVICO	CAP	LOCALITÀ			PROV. (sigla)
ENTE / MINISTERO	UFFICIO				
INDIRIZZO	CAP	LOCALITÀ			PROV. (sigla)
		NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio:

- ☐ C/C Bancario o Postale
- ☐ Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

[illegible]

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento.

- ☐ Il sottoscritto allega modulo attestante la contitolarità del conto corrente bancario/postale o del libretto postale

Data

Firma.....

AVVERTENZE

AVVERTENZE
Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la banca comunichi la modifica dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze inviato mensilmente al beneficiario.

Ufficio di Servizio

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente.....

Timbra dell'Ufficio

Riservato all'uffi