



## Liceo Scientifico Statale "Armando Diaz"

Via Michele Ferrara - 81100 CASERTA Tel. 0823.326354 - Fax 0823.448756

E-mail: [ceps010007@istruzione.it](mailto:ceps010007@istruzione.it) - PEC: [ceps010007@pec.istruzione.it](mailto:ceps010007@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.liceodiazce.edu.it](http://www.liceodiazce.edu.it)

Codice Meccanografico: CEPS010007 - Cod. Fisc.: 80106520614

Ai docenti  
Al personale ATA  
Al DSGA  
Agli Atti  
Al Sito Web

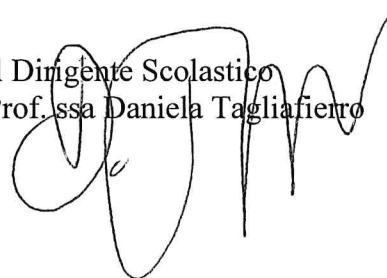
### **Oggetto: Presa di servizio docenti ed ATA nuova nomina**

I docenti e il personale ATA di nuova nomina nell'Istituto sono convocati per il giorno 01 settembre p.v. alle ore 8:00 presso l'Ufficio di segreteria, sito in via Ceccano a Caserta, per la presa di servizio.

Si allega modulistica da consegnare debitamente compilata.



Il Dirigente Scolastico  
Prof. ssa Daniela Tagliafierro



MODELLO DI ASSUNZIONE IN SERVIZIO

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Numero di partita di Spesa Fissa \_\_\_\_\_

D I C H I A R A

di prendere servizio presso questo Istituto in data \_\_\_\_\_ in qualità di

☐ personale docente ☐ personale ATA con incarico a Tempo Indeterminato/Determinato a seguito di :

*(Nomina Annuale, fino al termine delle attività didattiche, Passaggio di ruolo, Utilizzazione, Assegnazione Provvisoria, Trasferimento, Immissione in ruolo)*

☐ per l'insegnamento di \_\_\_\_\_ [cl.d.c. \_\_\_\_\_]

☐ per il profilo di \_\_\_\_\_ (AA - AT - CS)

per complessive n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di lezione

Eventuale scuola di completamento/titolarità:

Scuola \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ore.

Ultimo servizio prestato presso:

Scuola \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_

Caserta, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)



# *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 \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale: 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

Residente in ( Via, Largo, Piazza, ... ) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domiciliato in ( se diverso dalla residenza ) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**chiede che le proprie competenze vengano corrisposte con accredito in conto corrente identificato dal seguente CODICE IBAN ( 27 caratteri obbligatori ):**

Paese      Cin Iban      Cin Bban      Codice ABI      Codice CAB      Numero di Conto Corrente ( con gli zeri iniziali )

Beneficiario (intestato a): \_\_\_\_\_

Data      /      /

Firma \_\_\_\_\_