

Istituto Comprensivo Statale LAVELLO I	
Assunzione in servizio:	Prot. N. _____/FP del _____
Contratto di Lavoro:	Prot. N. _____/FP del _____

**Oggetto: Assunzione in servizio.**

... I ... sottoscritt... \_\_\_\_\_  
 nat... a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Indirizzo Via e n. \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO (solo se diverso) \_\_\_\_\_  
 Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_ / Cellulare \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita Spesa fissa \_\_\_\_\_  
 Casella di posta elettronica ministeriale \_\_\_\_\_ @ istruzione.it  
 Casella di posta elettronica PERSONALE \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 **DOCENTE**                     Scuola dell'Infanzia     Scuola Primaria     Scuola Secondaria 1° grado  
 **PERSONALE ATA**             D.S.G.A.             Assistente Amministrativo     Collaboratore Scolastico;

**DICHIARA**

**di avere assunto servizio PER N° ORE \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a seguito di:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trasferimento definitivo   | <input type="checkbox"/> Utilizzazione/assegnazione provvisoria |
| <input type="checkbox"/> Nomina a tempo indeterminato   | <input type="checkbox"/> Supplenza annuale                      |
| <input type="checkbox"/> Supplenza fino al termine delle attività didattiche                        | <input type="checkbox"/> Supplenza temporanea                   |
| <input type="checkbox"/> Nomina fino all'avente diritto <input type="checkbox"/> Passaggio di Ruolo | <input type="checkbox"/> Incarico annuale per I.R.C.            |

**COMPLETA PER N° ORE \_\_\_\_\_ CON \_\_\_\_\_**

**A.S. precedente: ISTITUTO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

**=====**  
**SOLO PER I SUPPLENTI CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO**

**DICHIARA**

**ai fini di un eventuale Trattamento di Fine Rapporto, che nella giornata antecedente l'assunzione in servizio presso questa Istituzione Scolastica:**

- non prestava servizio presso altra Istituzione Scolastica o altro Ente Pubblico;
- prestava servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai fini del CALCOLO DELLE FERIE:**

Ha un'anzianità di servizio    SUPERIORE                    INFERIORE                    ai 3 anni

***La presente dichiarazione viene rilasciata dall'interessato/a , consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da omessa o falsa attestazione (D.P.R. n° 445/2000)***  
 =====

Si Allega:

1. Fotocopia documento di riconoscimento
2. Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria
3. Codice IBAN del C/C per accredito emolumenti

Firma

Lavello, lì \_\_\_\_\_



*Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,  
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

**D I C H I A R A**

di essere nato/a 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 : celibe , nubile , coniugato/a con ..... vedovo/a di ..... )

che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone :

	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto di parentela</b>
1)	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____	_____	_____

di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_ rilasciato  
dalla Scuola/Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

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 prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi  
iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_



*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*

*Istituto Comprensivo Statale 1 - Lavello*

*Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata - Ufficio Scolastico Provinciale di Potenza*

*C.M.: PZIC89200A - C.F.:93026680764*

Lavello, li \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_

### NOMINA INCARICATO DEL TRATTAMENTO

Egr. prof./prof.ssa \_\_\_\_\_,

il Dirigente scolastico, prof./prof.ssa \_\_\_\_\_,  
in qualità di legale rappresentante dell'istituzione scolastica indicata in intestazione, titolare del trattamento,

- tenuto conto del ruolo funzionale da Lei svolto presso questo istituto;
- visto il Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate, emanato dal Ministero della Pubblica Istruzione con Decreto Ministeriale n.305 del 7.12.2006;

con il presente atto La nomina, ai sensi dell'art. 30 del Codice in materia di protezione dei dati personali D.lgs 196/03, **Incaricato del trattamento**.

Per effetto della suddetta nomina, l'incaricato s'impegna a:

- procedere al trattamento dei dati personali secondo gli ordini di servizio e le istruzioni ricevute, e comunque nel rispetto dei principi generali di cui all'art. 11 del D.Lgs. 196/2003 e delle prescrizioni contenute nel D.M. n. 305/2006, e in particolar modo delle schede, ad esso allegate, n. 4 (attività propedeutiche all'inizio dell'anno scolastico) e n. 5 (attività educativa, didattica e formativa, di valutazione);
- rispettare il divieto di comunicazione e diffusione dei dati trattati nel corso del presente incarico, anche per il tempo successivo alla sua cessazione, senza limiti temporali;
- partecipare agli interventi formativi organizzati dall'istituzione scolastica sui profili della disciplina sulla protezione dei dati personali più rilevanti in rapporto alle attività connesse alle sue mansioni.

L'incaricato dichiara di avere esaminato e compreso le linee guida in materia di sicurezza, recanti istruzioni sulle modalità esecutive del trattamento, affisse all'albo di istituto e pubblicate nell'intranet istituzionale.

La presente nomina è a tempo indeterminato e s'intende automaticamente revocata alla data di cessazione del rapporto di lavoro in essere con questa istituzione scolastica.

Lavello, li \_\_\_\_\_

Firma del dipendente per accettazione,

\_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico

\_\_\_\_\_