

## ALLEGATI

☒ copia documento identità☒ copia tesserino codice fiscale☐ copia titolo di studio☐ domanda attribuzione/rideterminazione assegno nucleo familiare☐ dichiarazione dei servizi☐ copia certificazione verifica/convalida domanda di supplenza

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopra riportati si impegna inoltre a prendere visione dei seguenti documenti disponibili sul sito internet dell'Istituto ([www.icspinetoli.gov.it](http://www.icspinetoli.gov.it)) o in forma cartacea presso la sede dell'Istituto stesso:

- POF
- Regolamento
- Documento di valutazione dei rischi
- Normativa sulla privacy
- Procedure del Sistema Qualità
- CCNL comparto scuola
- Codice di comportamento e sanzioni disciplinari
- Lo "scadenario impegni docenti" (per la scuola secondaria)

Data 14/10/22firma Barbara Moliterno

Il sottoscritto, ai sensi del D.L.vo 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 14/10/22firma Barbara MoliternoN. 11505Data 14-10-2022Titolo Cl. P. Sottocl.

Al Dirigente Scolastico  
ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO  
SPINETOLI PAGLIARE-ACQUAVIVA PICENA

## DICHIARAZIONE ASSUNZIONE SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

...la sottoscritta MOLITERNO BARBARA

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, dichiara quanto segue:

che i dati contenuti nel presente foglio sono resi:

ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;

ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernente le situazioni di incompatibilità;

ai sensi della C.M. 3361 del 25.03.03 concernente la dichiarazione dell'idoneità fisica all'impiego;

Comune di nascita MADDALONI Prov. CE data 19-06-1980Residenza anagrafica MONTESAPANO (FR) VIALE ZACCAGNINI, 102  
(comune - provincia - indirizzo)Domicilio   
(comune - provincia - indirizzo)Altri recapiti 0734 889767 | 3207240860 | Barbara.Moliterno@libero.it  
(telefono fisso) (cellulare) (indirizzo e-mail)

Ha assunto servizio presso codesto Istituto nel corso dell'anno scolastico 2022 | 2023  
in data 14 | 10 | 22 | per n. ore 12 | settimanali di servizio,

in qualità di:

☐ Personale A.T.A.:☐ d.s.g.a.☐ collaboratore scolastico☒ assistente amministrativo☐ Docente scuola:☐ Infanzia☐ Primaria☐ Sec. 1° grado cl. conc. | ..... | ..... | ..... | ..... | materia | .....

a tempo

☐ indeterminato☒ determinato fino:☐ alla data 23 | 12 | 22 |☐ al termine dell'anno scolastico☐ al termine delle attività didattiche

Dichiara inoltre:

☐ di prestare☐ di non prestare

contemporaneo servizio presso le istituzioni scolastiche:

Scuola | ..... | per n. ore | ..... | cl. conc. | ..... | ..... |

Scuola | ..... | per n. ore | ..... | cl. conc. | ..... | ..... |

L'ultima sede di servizio è: I.S.C. SANT'ELPIDIO A DARE

La dichiarazione dei servizi è stata presentata presso: .....

COGNOME E NOME	RAPPORTO PARENTELA	Indicare la % a carico	
		<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	nato il ..... (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale) .....
		<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	nato il ..... (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale) .....
		<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	nato il ..... (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale) .....
		<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	nato il ..... (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale) .....
		<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100	nato il ..... (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale) .....

## ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

Dichiara di:

- ☐ avere diritto all'assegno per il nucleo familiare (allegare domanda documentata)  
☐ non avere diritto all'assegno per il nucleo familiare

## MODALITA' DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO

Accreditamento su: ☐ C/C Bancario ☒ C/C postale

Codice IBAN:

id.Naz.	CinE	Cin	ABI	CAB	n.c/c

## DICHIARAZIONE AI FINI DEL T.F.R.

- ☐ non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all'INPS ex I.N.P.D.A.P. nel giorno precedente l'assunzione di servizio
- ☐ il giorno precedente ha prestato servizio presso .....

## TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto scuola, istituita con l'accordo tra l'ARAN e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001 dichiara altresì:

- ☐ di essere  
☒ di non essere  
 iscritto al Fondo Espero

DATA 14-10-2023

FIRMA Barbara Nohliere

Dichiara inoltre:

- ☒ di essere cittadino italiano
- ☒ di godere/ ~~non godere~~ dei diritti politici
- ☒ di non aver a proprio carico sentenze di condanna che comportino interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici
- ☐ di essere nella seguente posizione agli effetti del servizio militare: .....
- ☒ di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- ☒ Laurea: (denominazione corso di laurea) LAUREA IN PSICOLOGIA  
☐ laurea quadriennale ☐ laurea specialistica ☐ laurea magistrale ambito/classe \_\_\_\_\_  
☐ Diploma 2° grado \_\_\_\_\_  
☐ Diploma laurea triennale \_\_\_\_\_  
 data di conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ Votazione \_\_\_\_\_
- ☐ di avere le seguenti abilitazioni:
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- ☐ Materia - Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_  
 Data conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

## COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA E DICHIARAZIONE DETRAZIONI D'IMPOSTA

Ai sensi e per gli effetti dell'art.23 del D.P.R. 29/09/1973 n. 600 e successive modificazioni

Codice Fiscale M.C.T.B.B.8.8.0.H.5.9.5.7.9.1.X

Stato civile: ☐ celibe/nubile ☒ coniugato/a ☐ divorziato/a  
☐ separato/a legalmente ed effettivamente ☐ vedovo/a

Dichiara di aver diritto alle seguenti deduzioni dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall'art.12 del DPR 917/86:

- ☐ coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato  
☐ coniuge mancante