

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

I 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) 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 "scadenzario impegni docenti" (per la scuola secondaria)

Data 14/10/22firma Barbara Moliterni

I 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 Moliterni

N. 11505
Data 14-10-2022
TIT. CL. P. Sottocell.....

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO
SPINETOLI PAGLIARE-ACQUAVIVA PICENA

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE SERVIZIO
E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

...IA sottoscritto 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 HADDALOMI Prov. CE data 19-06-1980

Residenza anagrafica MONTEGRAVARO (F.N.) VIALE ZACCAGNINI, 102
(comune - provincia - indirizzo)

Domicilio.....
(comune - provincia - indirizzo)

Altri recapiti 0734.889767 | 320.7240860 | Barbara.Moliterni@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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personale A.T.A.: | <input type="checkbox"/> d.s.g.a. |
| | <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico |
| | <input checked="" type="checkbox"/> assistente amministrativo |
| <input type="checkbox"/> Docente scuola: | <input type="checkbox"/> Infanzia |
| | <input type="checkbox"/> Primaria |
| | <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 100	nato il (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale)
.....	<input type="checkbox"/> 50 <input checked="" type="checkbox"/> 100	nato il (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale)
.....	<input type="checkbox"/> 50 <input checked="" type="checkbox"/> 100	nato il (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale)
.....	<input type="checkbox"/> 50 <input checked="" type="checkbox"/> 100	nato il (se il familiare è a carico, indicare il codice fiscale)
.....	<input type="checkbox"/> 50 <input checked="" 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 Barbera Neri L'exco

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.L.T.B.B.L.S.O.H.S.E.F.9.1.XStato 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