

Al Dirigente scolastico
dell' I.C. "Luigi Einaudi"
DOGLIANI

Io sottoscritta DAMICO ALESSANDRA nato/a BRA (CN)
il 1/2/1978 residente a POCAPAGLIA Prov. CN cap. 12060
Via AMERICA DEL BOSCHI, 43 tel. 0172 493812-3391509402
c.f. DMCLSN78B41B11N
coordinate IBAN:

IT55 M020 0846 0410 0000 3806473

e mail silver2507@hotmail.it

ASL di appartenenza _____

- Docente a tempo indeterminato Docente a tempo determinato
 scuola Infanzia scuola Primaria scuola Secondaria di 1° grado
- Ata a tempo indeterminato Ata a tempo determinato
 D.s.g.a. Ass. Amm.vo Collaboratore scolastico

all'atto dell'assunzione di servizio avvenuta in data _____
presenta:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a DAMICO ALESSANDRA nato/a a BRA (CN),
il 1/2/1978 residente a POCAPAGLIA, via AMERICA DEL BOSCHI n. 43,

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

DICHIARA

(compilare le dichiarazioni sottostanti e cancellare le dichiarazioni che non interessano)

- di essere nato/a BRA (CN) il 1/2/1978;
- di essere residente in POCAPAGLIA (CN), in via AMERICA DEL BOSCHI, 43;
- di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di POCAPAGLIA
(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 civili e politici;
- di essere CONIUGATA
(indicare lo stato civile: libero, coniugato/a con RESTIVO GIACOMO);
- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
DAMICO	ALESSANDRA	BRA (CN)	1/2/78	SOTTOBORTA
RESTIVO	GIACOMO	SAN CONO (OT)	11/11/70	CONIUGE
RESTIVO	SILVIA	SAVIGLIANO (CN)	15/08/2009	FIGLIA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: QUADRIPLICA PROFESSIONALE
rilasciato dalla Scuola/Università CSEA MARIO ENRICO di TORINO
in data LUGLIO 2005;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale: DMCLSN78B41B11N;

DICHIARA INOLTRE

(selezionare/compilare SOLO la voce di interesse)

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

OVVERO

- di aver riportato condanne penali e di essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa **che di seguito si riportano:** (riportare qualsiasi procedimento di natura penale che ha comportato una condanna, anche se non menzionato, ai sensi dell'art. 175 c.p., nel certificato del Casellario giudiziale su richiesta dell'interessato):
-
-
-

DICHIARA ALTRESI'

(selezionare/compilare SOLO la voce di interesse)

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- OVVERO**
- di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali
-
-

DICHIARA INFINE

(selezionare SOLO la voce di interesse)

- non** è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- OVVERO**
- è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni

SI RAMMENTA CHE, AI SENSI DELL'ART. 55-QUATER COMMA 1 LETT.D) DEL D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165, LE FALSITÀ DOCUMENTALI O DICHIARATIVE COMMESSE AI FINI O IN OCCASIONE DELL'INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO OVVERO DI PROGRESSIONE DI CARRIERA, SONO MOTIVO DI LICENZIAMENTO DISCIPLINARE.

- di non avere altri rapporti d'impiego pubblico o privato
- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall' art. 53 del D.LGS N. 165/2001 o dell' art. 508 dell' D. Lgs 297/94

Ovvero

- di trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro

di aver prestato nel corrente mese il sotto indicato servizio(per il TFR) dal _____
al _____ presso _____

- In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale comparto scuol, istituita con accordo tra l'ARAN e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001, sottoscritt dichiara:
- di essere già iscritt / al FONDO ESPERO _____ ha optato per il riscatto della posizione maturata

- di non essere iscritt / al FONDO ESPERO

Si impegna inoltre:

- ad assolvere tutti gli adempimenti previsti per l'espletamento del servizio non d'insegnamento, assumendone il calendario presso l' ufficio di segreteria o il fiduciario del plesso

- a prendere visione del dossier relativo alla sicurezza e di tutte le circolari e norme relative ai piani di evacuazione del plesso in cui svolge servizio.

 sottoscritta ai sensi del Decreto Legislativo n.193 del 30/06/2003, autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per i fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Luogo e data Napoli, 10/10/2019

Il/La Dichiarante

 D'Amico



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a DAMICO ALESSANDRA nato/a a BRA(CN)
 il 1/2/1978
 residente a POCAPAGLIA via AMERICA DEI BOSCHI, 43
 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 ABRA(CN) il 1/2/1978
- di essere residente in POCAPAGLIA via AMERICA DEI BOSCHI, 43
- di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di POCAPAGLIA
(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 CONIUGATA
(indicare lo stato civile: libero, coniugato/a con RESTIVO GIACOMO)

• che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	DAMICO	ALESSANDRA	BRA(CN)	1/2/1978	SOTTOSCRITTA
2.	RESTIVO	GIACOMO	SAN CONO(CT)	11/11/1970	CONIUGE
3.	RESTIVO	SILVIA	SAVIGLIANO	15/08/2009	FIGLIA
4.					
5.					
6.					

- di essere in possesso del seguente titolo di studio QUALIFICA PROFESSIONALE
 rilasciato da CSEA MARIO ENRICO - TORINO
- di essere in possesso del seguente codice fiscale DMCLSN 78B41B11N
- di non aver riportato condanne penale 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, 10/10/2019 Il dichiarante Damico Aless



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

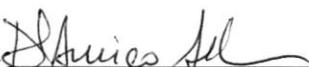
DICHIARAZIONI

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, ... sottoscritt~~a~~. 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 10/10/2019

Firma 

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

... sottoscritt~~a~~. 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 10/10/2019

Firma 

... sottoscritt~~a~~, 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 10/10/2019

Firma 

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3. Cognome
D AMICO

4. Nome
ALESSANDRA

5. Data di nascita
01/02/1978

6. Numero identificazione personale
DMCLSN78B41B111N

7. Numero identificazione dell'istituzione
SSN-MIN SALUTE - 500001

8. Numero di identificazione della tessera
80380000100097380940

9. Scadenza
06/05/2020



COORDINATE BANCARIE

Codice BIC Swift **UNCRITMIR34**

Filiale
BRA (02534)

PAESE CIN EU CIN IT ABI CIN IT N. CC

IT 55 M 02008 46041 000003806470

Riferite a:
RESTIVO GIACOMO, D'AMICO

Cognome.....**D'AMICO**.....

Nome.....**ALESSANDRA**.....

nato il.....**01/02/1978**.....

(atto n.....**45**.. P.....**I**.. S.....**A**.....)

a.....**BRA**..... (.....)

Cittadinanza.....**ITALIANA**.....

Residenza.....**POCAPAGLIA**.....

Via.....**STR. AMERICA BOSCHI n. 43**.....

Stato civile.....**CONIUGATA**.....

Professione.....**OPERAIA**.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura.....**cm. 165**.....

Capelli.....**CASTANI**.....

Occhi.....**CASTANI**.....

Segni particolari.....**===**.....

Comune di **POCAPAGLIA**

SEGRETERIA CARTA D'IDENTITA'

€ 0,26 € 5,16



Firma del titolare.....*Alessandra D'Amico*.....

.....**POCAPAGLIA**..... **10/07/2013**.....

Impronta del dito indice sinistro.....**D'ORDINE IL SINDACO GO**
IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Maria Maddalena Fiorani).....



COMUNE DI POCAPAGLIA
Provincia di Cuneo


 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **DMCLSN78B41B111N** Sesso **F**

Cognome **D'AMICO**
 Nome **ALESSANDRA**

Data di scadenza **06/05/2020**
 Luogo di nascita **BRA**
 Provincia **CN**
 Data di nascita **01/02/1978**

Dati sanitari regionali
REGIONE PIEMONTE

UniCredit

COORDINATE BANCARIE

Codice BIC Swift **UNCRITM1R34**

Filiale

BRA

(02534)

IBAN

PAESE CIN EU CIN IT ABI CIN IT N. CC

IT 55 M 02008 46041 000003806473

Riferite a:

RESTIVO GIACOMO, D'AMICO

Data scadenza **01/02/2024**

7

AT 8727067



IPZS 624 - OC.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
 POCAPAGLIA
CARTA D'IDENTITA'
N° AT 8727067
 DI
 D'AMICO
 ALESSANDRA