

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. BORRELLO FIORENTINO
LAMEZIA TERME

Oggetto: assunzione in servizio.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. ____
domicilio in _____ via _____ n. ____
C.F. _____ mail _____ tel. _____
a seguito di trasferimento/assegnazione provvisoria/utilizzo/nomina USP/nomina
Istituto/altro _____

DICHIARA

1) Di assumere servizio in data odierna, presso

- ☐ Scuola dell'infanzia di _____
- ☐ Scuola primaria di _____
- ☐ Scuola secondaria di I° grado di _____

In qualità di

- ☐ Docente di _____
- ☐ ATA: Assistente amministrativo / Assistente tecnico / Collaboratore scolastico / _____

con contratto a tempo ☐ O determinato ☐ O indeterminato

Per n. _____ ore settimanali

Completamento orario : scuola _____ per n. _____ ore settimanali
scuola _____ per n. _____ ore settimanali

2) che l'ultima sede di servizio è stata _____ con contratto fino al

3) di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto

https://nuvola.madisoft.it/bacheca-digitale/bacheca/CZIC868008/3/IN_PUBBLICAZIONE/af41654b-f3b3-409a-816a-095beec5398a/show

Attestazione di presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati Personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'istituzione scolastica ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), nonché in conformità al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, e di essere stato/a informato/a in merito a finalità, base giuridica, diritti e ogni altra informazione prevista nell'informativa.

Con la sottoscrizione della presente, il/La sottoscritto/a attesta la presa visione dell'informativa e l'avvenuta conoscenza dei propri diritti e doveri in materia di protezione dei dati personali.

Lamezia Terme, li _____

Firma _____

INFORMAZIONE RELATIVA ALL'ESERCIZIO DEL DIRITTO AL GODIMENTO DELLE FERIE PRIMA DELLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO — DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO.

☐ Il/La sottoscritto/a prende atto, alla luce dell'Ordinanza della Corte di Cassazione nr. 16715 del 2024, di essere invitato/a a chiedere le ferie, se maturati e maturandi, durante i periodi di sospensione delle lezioni (Natale, Pasqua, carnevale, ponti..) o anche nel periodo intercorrente tra la fine delle lezioni e il 30 giugno, in assenza di domanda volontaria, il/la dipendente perderà il diritto alle ferie stesse ed all'indennità sostitutiva.

(luogo e data)

(firma per esteso e leggibile)

DATI GENERALI

COGNOME _____ CONIUGATA/O _____

NOME _____ NAT _____ A _____

PROV. () IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____

VIA _____ N° _____

TEL. _____ TEL. CELL. _____

ABITUALE DIMORA:

IN SERVIZIO IN QUALITA' DI _____

CL. DI CONCORSO _____ PER COMPLESSIVE ORE SETTIMANALI _____

COMPLETA C/O _____ PER N° ORE _____

_____ PER N° ORE _____

_____ PER N° ORE _____

SE A TEMPO DETERMINATO HA GIA' PRESTATO SERVIZIO C/O QUESTO

ISTITUTO? _____

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRENSIVO DI STATO DAL

COORDINATE BANCARIE E/O POSTALI (codice IBAN):

E-MAIL: _____

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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.

Il sottoscritto _____ nato a _____ prov. _____
il _____ residente a _____ prov. _____ in
via _____ n. _____ in qualità di:

(barrare una delle opzioni seguenti)

☐ Supplente temporaneo a tempo determinato

☐ socio

☐ amministratore / componente del consiglio di amministrazione

☐ componente del collegio sindacale

della società _____
avente sede legale in _____ prov. _____ via
_____ n. _____

consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così
come stabilito negli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

D I C H I A R A

- che non sussistono nei propri confronti rinvii a giudizio, condanne penali e/o provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, presenti rispettivamente nel registro dei carichi pendenti e nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma del dichiarante _____¹

(firma resa autentica allegando copia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000 e s.m.)

NB: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma da parte di pubblico ufficiale e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di servizi pubblici e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

¹ Firma digitale certificata



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, ...l... 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.

...l... 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 / /

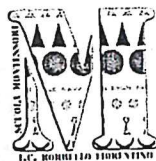
Firma _____

...l... 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 _____

Ai sensi del D.L. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'art. 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal D.L. 7 giugno 2017, n. 73.



VIA MATARAZZO - 88046 LAMEZIA TERME (CZ) - TEL.: 0968/437119 - C.F.: 82006310799
CZIC868008@ISTRUZIONE.IT - CZIC868008@PEC.ISTRUZIONE.IT - HTTPS://WWW.ICBORRELLOFIORENTINO.EDU.IT
COD. UN.: UF4OVY - NOME UFFICIO: UFF_FATTURA PA - CODICE IPA: ISTSC_CZIC868008

Vedi segnatura

Lì, vedi segnatura
AL DOCENTE/ATA

Oggetto: Informativa di cui all'art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 104/2022

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

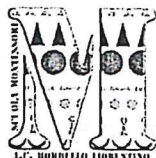
- è prevista una formazione obbligatoria per la sicurezza, che sarà erogata a cura e spese del datore di lavoro
- la durata delle ferie è pari a _____ giorni lavorativi
- sono previsti permessi per motivi personali e concorsi ed esami, retribuiti solo per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nonché altre tipologie di permessi e congedi previsti da particolari disposizioni di legge e/o contrattuali
- le assenze per malattia sono soggette a periodi di comporto
- i termini per il recesso da parte del datore di lavoro sono i seguenti: 2 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 5 anni; 3 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 10 anni; 4 mesi per dipendenti con anzianità di servizio oltre 10 anni
- il dipendente a tempo indeterminato deve comunicare il recesso nei termini previsti annualmente con decreto del Ministero dell'istruzione
- il dipendente a tempo determinato, in caso di recesso, incorre nelle sanzioni previste dall'ordinanza ministeriale *[per il personale docente]* / dal decreto ministeriale *per il personale ATA* sul conferimento delle supplenze al personale della scuola
- il contratto collettivo applicato è quello del comparto "Istruzione e ricerca" sottoscritto il 19/04/2018 dall'ARAN e dalle OO.SS. FLC-CGIL, CISL Scuola, Fed. UIL Scuola RUA, SNALS CONFISAL e Fed. GILDA UNAMS
- il vigente contratto d'istituto è stato stipulato in data _____ e sottoscritto dal datore di lavoro e da _____ *[RSU e sigle OOSS che hanno sottoscritto]*
- i contributi previdenziali e assistenziali sono versati dal datore di lavoro all'INPS e al Fondo Credito per i dipendenti pubblici. Tutti i dipendenti sono assicurati presso l'INAIL contro gli infortuni sul lavoro

Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Guida

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)

(firma del lavoratore per ricevuta)





Via MATARAZZO - 88046 LAMEZIA TERME (CZ) - TEL.: 0968/437119 - C.F.: 82006310799
CZIC868008@ISTRUZIONE.IT - CZIC868008@PEC.ISTRUZIONE.IT - HTTPS://WWW.ICBORRELLOFIORENTINO.EDU.IT
COD. UN.: UF4OVY - NOME UFFICIO: Uff_eFATTURA PA - CODICE IPA: ISTSC_CZIC868008

Vedi segnatura

Li, vedi segnatura
AL DOCENTE/ATA

Oggetto: Informativa di cui all'art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 104/2022

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

- il luogo di lavoro assegnato è _____
- la sede legale del datore di lavoro è IC _____ BORRELLO-FIORENTINO
- Per il personale docente la durata del periodo di prova è di un anno scolastico, nel quale devono essere prestati almeno 180 giorni di servizio genericamente valido, dei quali 120 di effettiva attività didattica, oltre a tutte le attività formative previste fso/o per contratti a tempo indeterminato e contratti a tempo determinato di durata annuale ex art. 59, comma 4 e comma 9-bis

Per il personale ATA la durata del periodo di prova è di due o quattro mesi la retribuzione sarà corrisposta, di regola, mensilmente tramite il sistema NoiPA mediante accredito su conto corrente bancario o postale

- l'orario normale di lavoro è di _____ ore settimanali, articolati in _____ giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive / lavoro straordinario

Il Dirigente Scolastico
Dott. Giuseppe Guida
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93)

(firma del lavoratore per ricevuta)

