

ASSUNZIONE DI SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a  Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno)  /  /

Residente a

Prov. (sigla)  CAP

Via / n° civico

N. cellulare

N. tel. fisso

E.mail

DICHIARA

di assumere regolare servizio presso Istituto Comprensivo Statale di Valmadrera in

data (giorno/mese/anno)  /  /

in qualità di  DOCENTE  A.T.A.

Dichiara, inoltre, di essere disponibile a firmare i contratti con la Firma Elettronica Avanzata (FEA), tramite identità digitale (SPID).

Data  /  /

Firma

## AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI

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

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a  Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno)  /  /

In servizio c/o Istituto Comprensivo di Valmadrera dal(giorno/mese/anno)  /  /

in qualità di  DOCENTE  A.T.A.

- consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia
- ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. nr. 445/2000
- in riferimento all'entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, nr. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

### DICHIARA

- di non avere condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non gli/le sono state irrogate sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del GDPR 25/05/2018 – Regolamento 2016/279/UE.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, nr. 445.

Data  /  /

Firma

## PARTECIPAZIONE CORSI DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a  Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno)  /  /

In servizio c/o Istituto Comprensivo di Valmadrera dal (giorno/mese/anno)  /  /

in qualità di  DOCENTE  A.T.A.

### DICHIARA

di aver frequentato i sottoelencati corsi per la sicurezza nei luoghi di lavoro:

- CORSO DI FORMAZIONE GENERALE DI BASE PER IL PERSONALE DEL SETTORE ISTRUZIONE
- CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA
- CORSO DI FORMAZIONE PARTE SPECIFICA RISCHI MANIPOLAZIONE PERSONALE DOCENTE SETTORE ISTRUZIONE
- FORMAZIONE SPECIFICA LAVORATORE DEL SETTORE SCUOLA TABECCA ATECO 2007
- CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA RISCHIO MEDIO (PER PERSONALE ISTITUTI SCOLASTICI STATALI)

Si allegano gli attestati relativi a quanto sopra indicato.

Data  /  /

Firma



*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, il/la sottoscritto/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 02/09/24

Firma *T. Bover*

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

~~il/la sottoscritto/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  / /

Firma

~~il/la sottoscritto/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 02/09/24

Firma *T. Bover*



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a BONATI TERESA MA  
 nato/a a LECCO  
 il 21/02/67  
 residente a LECCO Cap LC Prov 23800  
 via GHISLANZONI 47

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 LECCO il 21/02/67

di essere residente in LECCO via GHISLANZONI 47

di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di LECCO  
(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)

che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1	BONATI TERESA MA	LECCO	21/02/67	
2	BENEDETTI ANDREA G	LECCO	16/05/61	CONIUGE
3	BENEDETTI FILIPPO	LECCO	01/07/02	FIGLIO
4				
5				

di essere in possesso del seguente titolo di studio LAUREA IN LINGUE e LETTERATURE STRANIERE  
 rilasciato da UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BERGAMO

di essere in possesso del seguente codice fiscale BNT TSN 67861 E 507D

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, 02/09/24

Firma del dichiarante

Teresa Bonati



**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO**

(D.P.R. 367/1994 art.14 - D.M. 31/10/2002)

All' ufficio Responsabile di VALMADRERA

COGNOME <u>BOAITI</u>	NOME <u>TENSINA</u>	DATA DI NASCITA <u>21/02/67</u>	SESSO (M o F) <u>F</u>
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA <u>LECCO</u>	PROV (sigla) <u>LC</u>	CODICE FISCALE (obbligatorio) <u>BNTTSN67B61E507D</u>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO <u>VIA GHISLANZONI 47</u>	CAP <u>23900</u>	LOCALITA' <u>LECCO</u>	PROV (sigla) <u>LC</u>
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA <u>06199329</u>			

I sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio conto corrente bancario:

**COORDINATE IBAN**

il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN IT20R0503422902000000005342

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditalmento.

DATA 02/09/24

Renzo Boaiti

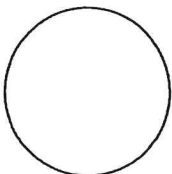
Firma per esteso

**AVVERTENZE**

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale effettuare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Ufficio di Servizio \_\_\_\_\_

Si trasmette la richiesta di accreditalmento delle competenze del sopraindicato amministrato



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

riservato all'Ufficio di Servizio