

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONI

ALLEGATO B

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI SERNAGLIA DELLA BATTAGLIA

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____,

nato a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

nella qualità di:

Rappresentante legale della società _____

con sede legale in _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

in relazione ai requisiti di ordine generale da possedere ai sensi dell'art. 80 del D.lgs n. 50/2016 e ss.mm.ii consapevole che la falsa dichiarazione comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- ✓ Di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di _____;
- ✓ Di godere dei diritti politici;
- ✓ Di non trovarsi in alcuna situazione di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs n. 50 del 18/04/2016 e ss.mm.ii..

In particolare

- ✓ 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 provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa;
- ✓ Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ✓ Di non aver subito condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale;
- ✓ Di non aver riportato a suo carico condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- ✓ Di non aver commesso, durante l'attività professionale, errore grave;
- ✓ Di non trovarsi in stato di fallimento;
- ✓ Di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse e dei contributi previdenziali e assistenziali;
- ✓ Di non essersi resi gravemente colpevoli di false dichiarazioni in ordine ai requisiti professionali ed economici.

SI IMPEGNA inoltre a comunicare entro 7 giorni ogni futura modifica relativa ai dati dichiarati.

ALLEGA: CARTA DI IDENTITÀ – TESSERA SANITARIA

Letto, confermato e sottoscritto il giorno _____ / _____ / _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta. **Allegare copia del documento d'identità (in corso di validità) del/i sottoscritto/i, ai sensi dell'art.38 D.P.R.28/12/2000 N.445**