



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "GIULIANO MONTELUCCI"

Via Rosata, 59 - 00012 GUIDONIA MONTECELIO - ROMA - ☎ 0774302162

✉ Rmic8dv00d@istruzione.it - Rmic8dv00d@pec.istruzione.it - sito: www.icmontelucci.edu.it

C.M. RMIC8DV00D - C.F. 94065490586

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "G. MONTELUCCI"
GUIDONIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ IL _____

C.F. _____

DICHIARA

DI ASSUMERE SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO COMPRENSIVO IN QUALITÀ DI:

☐ DOCENTE

☐ ATA – ☐ Collaboratore scolastico – ☐ Assistente Amministrativo

PER LA SCUOLA: ☐ DELL'INFANZIA – ☐ PRIMARIA – ☐ SECONDARIA 1° GRADO

PER L'INSEGNAMENTO DI _____

IN DATA _____

COMUNICA I PROPRI RECAPITI:

INDIRIZZO: _____

TEL/E-MAIL _____

ASL di appartenenza _____

- A conoscenza delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false o, comunque, non corrispondenti al vero dichiara sotto la propria responsabilità di prendere visione e di conoscere l'informativa sulla sicurezza del Vs. Istituto.

Guidonia, _____



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "GIULIANO MONTELUCCI"

Via Rosata, 59 - 00012 GUIDONIA MONTECELIO - ROMA - ☎ 0774302162
✉ Rmic8dv00d@istruzione.it - Rmic8dv00d@pec.istruzione.it - sito: www.icmontelucci.edu.it
C.M. RMIC8DV00D - C.F. 94065490586

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 _____



Ministero dell'Istruzione

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, ...I... 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.

...I... 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 _____

...I... 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 _____

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO (D.P.R. 367/1994 art. 14 - D.M. 31/10/2002)

All'ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA/ISCRIZIONE/MATRICOLA			

Il 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 sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin if	abz	cab	o/c

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

Data ____/____/____

Firma _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare 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 accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____/____/____