

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, assunto presso l' Istituto Omnicomprensivo " F. De Sanctis" di Cervinara (AV) in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

**D I C H I A R A**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ C.A.P \_\_\_\_\_;
- di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ C.A.P \_\_\_\_\_;
- 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);
- di essere nella seguente posizione agli effetti militari (indicare se assolto o esente) \_\_\_\_\_;
- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

n°	Cognome e Nome	Nascita		Rapporto con il dichiarante
		Luogo	Data	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

- di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del Dlgs n. 297/1994 o dall'art. 53 del Dlgs n. 165/2001, ovvero di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  1. \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- ai fini della maturazione delle ferie di trovarsi al (indicare gli anni di servizio compreso quello attuale) \_\_\_\_\_;
- che la propria ASL di appartenenza è \_\_\_\_\_;

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

di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero;

di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero.

### COMUNICA

1. i seguenti recapiti:

Indirizzo Posta Elettronica Ordinaria (PEO): \_\_\_\_\_

Indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC): \_\_\_\_\_

Telefono fisso: \_\_\_\_\_

Telefono cellulare: \_\_\_\_\_

2. la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti (solamente coloro che non hanno mai prestato servizio nella Scuola devono indicare le coordinate bancarie/postali al fine di consentire l'accredito delle competenze mensili):

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Tipo Conto Corrente (indicare se bancario o postale): \_\_\_\_\_

Infine si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello.

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.

Si allegano in copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

Firma del Dipendente (FEA)