PROPOSTA DI ASSUNZIONE DI SERVIZIO

Anno Scolastico 2021/2022

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

INDIVIDUA E PROPONE L'ASSUNZIONE A TEMPO ☐ INDETERMINATO ☐ DETERMINATO

Protocollo [ ] /C5/C2/FP Campolongo Maggiore [ ]

Personale Individuato					
Nato a		Prov.		Il	
Cod. Fis.					
Residente a				Prov.	
CAP		Via			
Telefono		Telefono			
Mail					
Posizione Graduatoria		Punti			

con la seguente qualifica professionale:

Qualifica	Posto	Ore
☐ Docente di Scuola dell'Infanzia	☐ Posto Intero	
☐ Docente di Scuola Primaria	☐ Spezzone O.	
☐ Docente di Scuola Secondaria di I° Grado	☐ Part-Time	
☐ Direttore dei SS.GG.AA.		
☐ Assistente Tecnico		
☐ Assistente Amministrativo		
☐ Collaboratore Scolastico		

(Barrare la voce che interessa)

TIPOLOGIA DI POSTO
☐ **Comune (AN)** - ☐ **Normale (NN)** - ☐ **Lingua Inglese Primaria (IL)** - ☐ **Sostegno Psicofisici (EH)**
☐ **I.R.C.**

Su Posto:				
	Dal		**Al**	

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Cristina Basconi

Registro Contratti e T.F.R.	ARGO	S.I.D.I.	CO-VENETO	AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE	NUVOLA

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE SERVIZIO

Anno Scolastico 2021/2022

Il/La Sottoscritto/a					
Nato a		Prov.		Il	
Cod. Fis.					
Residente a				Prov.	
CAP		Via			
Telefono		Telefono			
Mail					
Domicilio					

(Solo se diverso da Residenza)

DICHIARO

DI AVER ASSUNTO SERVIZIO IN DATA	

presso l'Istituto Comprensivo Statale "Diego Valeri" di Campolongo Maggiore (VE):

☐ Scuola dell'Infanzia Bojon	☐ Scuola Primaria Campolongo Maggiore	☐ Scuola Secondaria I° Grado CPL
	☐ Scuola Primaria Liettoli	☐ Scuola Secondaria I° Grado Bojon
	☐ Scuola Primaria Bojon	

(Barrare la voce che interessa)

con la seguente qualifica professionale:

☐	Docente Scuola Infanzia	☐	Tempo Indeterminato
☐	Docente Scuola Primaria	☐	Tempo Determinato
☐	Docente Scuola Secondaria I Grado	☐	D.O.P.
☐	Direttore dei SS.GG.AA.	☐	Utilizzo
☐	Assistente Amministrativo	☐	Assegnazione Provvisoria
☐	Collaboratore Scolastico		

(Barrare la voce che interessa)

Contratto:	**Dal**		**Al**	

Dichiara di:

☐ **ESSERE ISCRITTO/A AL FONDO ESPERO** ☐ **NON ESSERE ISCRITTO/A AL FONDO ESPERO**

ULTIMO SERVIZIO PRESTATO (Indicare l'ultima sede di servizio ed il periodo)			
Presso	**In qualità di**	**Dal**	**Al**

Data, _____

(Firma)

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a					
Nato a		Prov.		Il	
Cod. Fis.					
Residente a				Prov.	
CAP		Via			
Telefono		Telefono			
Mail					

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

DICHIARO

☐ di essere nato/o a		il	
☐ di essere residente in		Cap	
		Tel	
☐ di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di			
☐ di godere dei diritti politici			
☐ di essere			
	Indicare Stato Civile : Celibe - Nubile - Coniugato/a con..... - Vedovo/a		
☐ di essere nella seguente posizione agli effetti militari			
(di aver assolto agli obblighi di leva-dispensato-esonerato-riformato-rivedibile-in posizione sospensiva per motivi di...)			

☐ **che la famiglia si compone delle seguenti persone:**

COGNOME	NOME	Luogo di Nascita	Data Nascita	Rapporto Parentela

☐ Di essere in possesso del seguente codice fiscale			
☐ Di essere in possesso della seguente Partita Spesa Fissa			
☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:			
☐ conseguito presso		il	
☐ di essere pensionato/a con la seguente categoria di pensione:			
☐ di aver conseguito nell'anno		i seguenti redditi:	
☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.			
☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali			
☐ altre dichiarazioni:			

Data, _____

Firma Dichiarante

_____

La firma non deve essere autenticata.

(Art. 2 Legge 04/01/68 n. 15, art. 3 comma 10 Legge 15/05/1997 n. 127).

(La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che sostituisce).

DICHIARAZIONE PUBBLICO IMPIEGO

Io Sottoscritto/a					
Nato/a a					
Il		Residente a			
CAP		Via			
Telefono		Telefono		E-Mail	

Domicilio	

(Solo se diverso da Residenza)

In qualità di:	

Con Nomina del :	

DICHIARA

di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D. Lgs. N. 29 del 1993.

Data, _____

(Firma)

_____

DICHIARAZIONE ANZIANITA' DI SERVIZIO

Io Sottoscritto/a					
Nato/a a					
Il		Residente a			
CAP		Via			
Telefono		Telefono		E-Mail	

In qualità di:	

Con Nomina del :	

DICHIARA

di avere la seguente anzianità di servizio:

☐ MENO DI 3 ANNI DI SERVIZIO

☐ PIU' DI 3 ANNI DI SERVIZIO

Barrare la voce che interessa

Docenti : Anno di Servizio = 180 giorni per ogni anno scolastico
Personale A.T.A. : Anno di Servizio = 360 giorni

Data, _____

(Firma)

_____

RICEVUTA NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI
Regolamento Unione Europea n. 679/2016

I.C. "Diego Valeri"
30010 - Campolongo Maggiore (VE)

Io Sottoscritto/a					
Nato/a a					
Il		Residente a			
CAP		Via			
Telefono		Telefono		E-Mail	

In qualità di:	

Con Nomina del :	

DICHIARA DI AVER RICEVUTO

la nomina di incaricato al trattamento dei dati personali come previsto dal Regolamento Unione Europea n. 679/2016

e si impegna a seguire e rispettarne tutte le specifiche istruzioni, attentamente esaminate e comprese.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a rispettare il divieto di comunicazione e diffusione dei dati trattati nel corso del presente incarico, anche per il successivo alla sua cessazione, senza limiti temporali.

Data, _____

(Firma)

_____

DICHIARAZIONE PRESA VISIONE D.Lgs. 81/2008

I.C. "Diego Valeri"
30010 - Campolongo Maggiore (VE)

Io Sottoscritto/a					
Nato/a a					
Il		Residente a			
CAP		Via			
Telefono		Telefono		E-Mail	

In qualità di:

Con Nomina del :	

DICHIARA DI PRENDERE VISIONE

a)	del Documento di Valutazione dei Rischi di cui al Decreto Legislativo n. 81/2008 dell'Istituto Comprensivo Statale "Diego Valeri" di Campolongo Maggiore.

b)	dell'Informativa relativa ai rischi del proprio ambiente di lavoro

ESPOSTI ALL'ALBO DELLA SCUOLA.

Data, _____

(Firma)

_____

Ministero dell'Economia e delle Finanze
MEF DAG RGS

RASTB08 – 1.0

Service Personale Tesoro

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

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 it	abi	cab	c/c

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario 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.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____/____/_____