Al Dirigente Scolastico del Liceo Lucio Piccolo di Capo d’Orlando

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a , assunto presso il Liceo Lucio Piccolo di Capo d’Orlando 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 ;
* che la propria ASL di appartenenza è ;
* di non poter assumere servizio per il seguente motivo:

⃣ interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità, ai sensi del Dlgs n. 151/01,

⃣ congedo obbligatorio per maternità

⃣ mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso

⃣ aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di

⃣ dottorato di Ricerca/borsa di studio presso

⃣ altro

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 dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

⃣ 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:

1. 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

Capo d’Orlando,

Firma del Dipendente