

Il/La sottoscritto/a

nato/a

il

residente in

via

n.

C.F.

e-mail

e-mail utilizzata su POLIS/Istanze on line

tel.

a seguito di trasferimento/assegnazione provvisoria/utilizzo/nomina AT. CA (da allegare )/nomina Istituto/ altro

#### A) DICHIARA

- di assumere servizio in data odierna, presso la scuola secondaria di II grado

in qualità di

Docente di

Assistente amministrativo

Collaboratore scolastico

con contratto a tempo

determinato

indeterminato

per n.

ore settimanali

completamento orario :

scuola

per n.

ore settimanali

scuola

per n.

ore settimanali

che l'ultima sede di servizio è stata

con contratto fino al

• di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto  
<https://www.iisgramsciamaldi.edu.it/documento/codice-di-condotta-per-i-dipendenti-pubblici/>

### B) DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

#### DICHIARA

- di essere nato/a  il
- di essere residente a
- di essere cittadino italiano (oppure)
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere :  celibe  nubile
- di essere coniugato/a con
- di essere vedovo/a di
- di essere divorziato/a da
- che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il

- che il/la figlio/a è nato/a  (  ) il
- di essere iscritto nell'albo o elenco
- tenuto da pubblica amministrazione  di
- di appartenere all'ordine professionale
- titolo di studio posseduto
- rilasciato dalla scuola/università
- di
- anno di conseguimento  voto di diploma/ laurea
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica
- benefici previsti da leggi speciali, per l'anno  è la seguente
- possesso e numero del codice fiscale
- partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria
- stato di disoccupazione
- qualità di studente presso la scuola/università  di
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**

**C) COMUNICA**

che il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio

è : CONTO CORRENTE (IBAN)

BANCA

CONIUGE A CARICO  SI  NO

FIGLI A CARICO  SI  NO

ALTRE PERSONE A CARICO \_\_\_\_\_

**D) autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti**

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;
- che risultano attualmente in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti:

- di non avere riportato condanne penali;
- che a proprio carico risultano essere state emesse le seguenti sentenze, o i seguenti decreti di condanna, ovvero i seguenti provvedimenti di condanna, anche ai sensi dell'art. 444 c.p.p.:

**DICHIARA ALTRESI'**

*in riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile*

- di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600- quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

**DICHIARA INFINE (SELEZIONARE SOLO LA VOCE DI INTERESSE)**

- NON è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni
- OVVERO**
- è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

**E) consenso dell'interessato alla richiesta del datore di lavoro del certificato di cui all'art. 25 bis D.P.R. 313/2002.**

**PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DELL' ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE " GRAMSCI-AMALDI" -CARBONIA**

## F) DICHIARAZIONI FONDO ESPERO – PREVIDENZA COMPLEMENTARE

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, ...l... 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

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

**G) DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITA'**

**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

--

**H) DICHIARAZIONE ai fini autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008**

**DICHIARA**

- di aver preso visione della documentazione pubblicata nella sezione "Sicurezza" del sito web dell'istituto
- di essere consapevole:
  - che tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto delle prescrizioni riportate nel "*PROTOCOLLO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI DIPENDENTI E DEGLI ALUNNI*".
  - che in caso di infortuni sul lavoro devono essere adottati comportamenti conformi a quanto indicato nel "*PIANO DI PRIMO SOCCORSO*".
  - che in caso di incendio, quando viene dato l'allarme (avviso di esodo) e in qualsiasi situazione di emergenza devono essere adottati i comportamenti illustrati nel "*PIANO DI EMERGENZA*".
  - che in riferimento a quanto stabilito dall'art. 6 del D.Lgs. n. 151/2001 il Datore di Lavoro è tenuto ad adottare le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio *a partire dalla consegna del Certificato di Gravidanza o documento equivalente*.

**DICHIARA**

di aver frequentato i seguenti corsi :

<b>Denominazione corso FORMAZIONE</b>	<b>Durata prevista da normativa</b>	<b>Eseguito</b>	<b>Ore frequentate</b>	<b>Concluso in data</b>
<b>Generale lavoratori</b>	<b>4 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Specifica lavoratori</b>	<b>4 ore - AA</b> <b>8 ore - docenti e CS</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Preposti</b>	<b>8 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

<b>Dirigenti</b>	<b>16 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>12 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Somministrazione farmaci</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Uso del defibrillatore</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Addetto antincendio</b>	<input type="checkbox"/> <b>4 ore - rischio basso</b>  <input type="checkbox"/> <b>8 ore - rischio medio</b>  <input type="checkbox"/> <b>16 ore - rischio elevato</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Idoneità tecnica (antincendio)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)</b>	<b>32 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## AGGIORNAMENTO

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni. Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento per:

- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- addetto al servizio di prevenzione e protezione;
- responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

Denominazione corso AGGIORNAMENTO	Durata prevista da normativa	Eseguito	Ore frequentate	Concluso in data
<b>Lavoratori, preposti e dirigenti</b>	<b>6 ore ogni 5 anni</b>	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>4 ore ogni 3 anni</b>	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

**I) RICHIESTA autorizzazione all'esercizio della libera professione**

***DICHIARA di essere***

*iscritto all'Albo degli abilitati per l'esercizio della libera professione di*

***CHIEDE***

Alla S.V. l'AUTORIZZAZIONE all'esercizio della libera professione di

ai sensi dell'art. 53 del D.L.vo n° 165/2001 e dell'art. 508 del D. L.vo n° 297/1994 per l'anno scolastico

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 508, del D.L.vo n 297/94 ed in particolare di sapere che l'autorizzazione richiesta è subordinata alla condizione che l'esercizio della libera professione non sia di pregiudizio all'assolvimento di tutte le attività inerenti la funzione di docente e sia compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio e che essa è inoltre revocabile in conseguenza delle modifiche di tale presupposto.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D.L.vo n.165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

**Il/La sottoscritto/a DICHIARA DI AVER COMPILATO TUTTE LE SEZIONI (barrare tutte le sezioni compilate):**

- dati anagrafici
- a) assunzione in servizio
- b) dichiarazioni sostitutive di certificazioni
- c) iban
- d) autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti
- e) consenso dell'interessato alla richiesta del datore di lavoro del certificato di cui all'art. 25 bis d.p.r. 313/2002
- f) dichiarazioni fondo esero – previdenza complementare
- g) dichiarazione di insussistenza di incompatibilità
- h) dichiarazione ai fini autocertificazione sicurezza d.lvo 81/2008
- i) richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

**Carbonia**

**Firma**

Il/La sottoscritto/a

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 , 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.

#### **Informativa sulla privacy**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy al seguente link :

<https://www.iisgramsciamaldi.edu.it/privacy-2/>

**DICHIARANTE**

**Carbonia**

**Firma**