

Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO N. 10

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di primo grado - Scuola in ospedale



Viale Aldo Moro, 31 – 40127 Bologna
Tel. 051/364967 - 051/374673 Fax 051/361168
email: boic853007@istruzione.it
pec: boic853007@pec.istruzione.it
web: www.ic10bo.it
CF 91201230371- Cod. mecc. BOIC853007



Oggetto: Assunzione n servizio

l sottoscritto/ a _____ nato /a a

_____ (Prov. _____) il _____ residente a _____

Via _____ Cap _____ tel. _____ altro

recapito tel, _____ mail: _____

Domicilio _____

DICHIARA

di assumere servizio in data _____ con la qualifica di :

DOCENTE di _____ presso _____

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO COLLABORATORE SCOLASTICO

Per : TRASFERIMENTO ASSEGNAZIONE PROVVISORIA UTILIZZAZIONE

PASSAGGIO di Profilo/Area da _____ a _____

IMMISSIONE IN RUOLO dal _____ Concorso per titoli ed esami
 Concorso per soli titoli

Altro _____

Per n° _____ ore sett.li

CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO Cattedra Part time n° ore sett.li _____

CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO fino al _____ n° ore sett.li _____

Contratto del PROVVEDITORATO AGLI STUDI DIRIGENTE SCOLASTICO

ULTIMA SCUOLA DI SERVIZIO _____

FIRMA _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

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, ...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

Data / /

Firma _____

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

...l... 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 _____

...l... 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 _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

in materia di lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale sui minori
e la pornografia minorile. (D.lgs. 39/2014)

Il sottoscritto
nato a il
residente nel Comune di Provincia
Stato Via/Piazza
Codice Fiscale
Nella sua qualità di dell'Istituto Comprensivo n°10

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

DICHIARA

Di non aver riportato a suo carico condanne per taluni dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 18 del D.Lgs n°196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____

(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38, DPR 445 del 28 dicembre 2000. la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

" Dichiarazione situazione di incompatibilità"

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: dichiarazione di incompatibilità

La/Il sottoscritta/o _____
nata/o il ____/____/____
a _____ (____) residente in _____ (____)
via / piazza _____ n. _____ avendo stipulato un contratto a
tempo con codesto Istituto in data ____/____/____ (con decorrenza
dal ____/____/____) per
, ai sensi della legge 15/68, della legge 127/97 e del DPR 403/98 e, a conoscenza delle sanzioni penali
previste dall'art.26 della legge 15/68 e art.6 commi 1 e 2 del DPR 403/98 in caso di dichiarazioni false
o comunque non corrispondenti al vero

Dichiara

Di non avere / di avere altri rapporti di impiego pubblico o privato (nel caso in cui la risposta sia positiva ,
allegare espressa dichiarazione di opzione per il nuovo rapporto di lavoro);

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.Leg.vo 29/93 o
dell'art. 508 del D.Leg.vo 297/94 e successive modificazioni e integrazioni.

_____, il _____

Firma

(1) Cancellare le voci che non interessano.

ADEMPIMENTI SICUREZZA

Il sottoscritto _____

dichiara di aver svolto i seguenti corsi relativi alla sicurezza:

	<i>corso</i>	<i>presso</i>	<i>A.S.</i>
<input type="checkbox"/>	4 h di formazione di base		
<input type="checkbox"/>	4 h di formazione specifica		
<input type="checkbox"/>	4 h di formazione rischio medio elevato		
<input type="checkbox"/>	corso completo Addetto primo soccorso		
<input type="checkbox"/>	corso completo Addetto Antincendio		
<input type="checkbox"/>	corso completo Preposto		
<input type="checkbox"/>	corso completo RLS		
<input type="checkbox"/>	patentino Antincendio rilasciato VVFF		
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)		

Il sottoscritto si impegna a produrre tempestivamente i certificati relativi ai suddetti corsi.

Bologna, _____

Il sottoscritto

Allegato 3

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ () in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

- operatore scolastico in servizio presso _____
(istituto scolastico)
- operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso _____
(azienda sanitaria)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-polionelittica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tetanica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-influenzale | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica C | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pneumococco | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite A | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-papillomavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-herpes zoster | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rotavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tbc | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> | |

(Luogo, data)

Il Dichiarante

.....
Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

Ministero dell'Istruzione ISTITUTO COMPRENSIVO N. 10 <i>Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di primo grado - Scuola in ospedale</i>		
	Viale Aldo Moro, 31 – 40127 Bologna Tel. 051/364967 - 051/374673 Fax 051/361168 email: boic853007@istruzione.it pec: boic853007@pec.istruzione.it web: www.ic10bo.edu.it CF 91201230371- Cod. mecc. BOIC853007	

Gent.mo/Gent.ma _____

Oggetto: informazione sicurezza e salute nei luoghi di lavoro – art. 36 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

La informiamo che All'albo della sicurezza situato all'ingresso di ogni plesso e nel sito web dell'Istituto www.ic10bo.edu.it nella sezione Sicurezza è affissa la seguente documentazione:

- 1) Organigramma del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP),
- 2) Organigramma dell'Istituto
- 3) Piano di emergenza,
- 4) Circolare annuale del Dirigente Scolastico “Misure Organizzative per la Vigilanza degli alunni”,
- 5) Nominativo del Preposto e referente di plesso,
- 6) Opuscolo informativo denominato “Dispensa informativa sicurezza nei luoghi di lavoro”,
- 7) Informativa Privacy dipendenti

Dovrà inoltre gentilmente prendere visione dell'edificio scolastico e delle relative planimetrie, interpellando il collaboratore scolastico di turno o il preposto alla sicurezza indicato nell'Organigramma.

Per qualunque dubbio potrà interpellare la Sig.ra Sara della segreteria della scuola.

Per accettazione

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione.

___ l ___ sottoscritt _____
nat ___ a _____ il _____
residente a _____ Via _____
n° _____, insegnante a tempo determinato/indeterminato di _____
_____ presso questo Istituto.

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.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare
svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

_____, li, _____

Firma
