# Allegato n. 1– ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S. 2024.2025 E DICHIARAZIONI PERSONALI

#### Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo di Fabrizia

**ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S. 2024.2025 E DICHIARAZIONI PERSONALI – Foglio 1**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………Prov.(…….…) il………/…..……/…………

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Residente a…………………………………………….Prov. (…….) in (Via/P.zza)………………………………………………… n° …….

Numero di Telefono fisso…………………………………. Numero di Cellulare………………………………………………………….

Indirizzo EMAIL:…………………………………………………………PEC……………………………………………………………

A.S.L di competenza domiciliare ………………………………………………………………………………………………………………….

**Domicilio (solo se diverso dalla residenza)**

Domiciliato/a a………………………………………….Prov. (…….) in (Via/P.zza)……………………………………………… n° …….

**consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero**, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), **dichiara che i dati contenuti nel presente allegato1 “ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S. 2023/2024 E DICHIARAZIONI PERSONALI” sono resi:**

-ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazione;

-ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernente le situazioni di incompatibilità;

-ai sensi della C.M. 3361 del 25.03.03 concernente la dichiarazione dell’idoneità fisica all’impiego.

**Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato**,

#### DICHIARA

**Di assumere regolare** servizio presso questa Istituzione Scolastica in data **/ / , in qualità di: Docente di Scuola:**  Infanzia  Primaria  Posto Comune  Lingua Inglese  Sostegno  Religione Cattolica

* Secondaria di I grado (Disciplina) Classe di Concorso  Sostegno
* **di dover effettuare l’anno di prova nel corrente a.s. 2024.2025**, per

# di NON dover effettuare l’anno di prova perché già effettuato nell’a.s. / Personale ATA:  DSGA  Assistente Amministrativo  Personale ATA Collaboratore Scolastico

* **di dover effettuare l’anno di prova nel corrente a.s. 2024.2025**, per

# di NON dover effettuare l’anno di prova perché già effettuato nell’a.s. /

Con **contratto a**:  **TEMPO INDETERMINATO**, in seguito a:

## Nuova immissione in ruolo dal ;

* Trasferimento provinciale, proveniente dall’Istituto ;

## Trasferimento interprovinciale, proveniente dall’Istituto ;

* Assegnazione provvisoria provinciale, con titolarità presso l’Istituto: ;

## Assegnazione provvisoria interprovinciale dalla provincia di , titolare presso l’Istituto:

;

## Utilizzazione nell’ambito della provincia, titolare presso Istituto: ;

* Utilizzazione interprovinciale dalla provincia di ;

## Passaggio di profilo/area ;

Con **contratto a**:  **TEMPO DETERMINATO**, fino  al termine delle attività didattiche  al termine dell’anno scolastico

## in seguito a:  Nomina dell’ATP di Vibo Valentia (VV)  Nomina del Dirigente Scolastico

### Il/La sottoscritto/a dichiara di prestare servizio nel corrente a.s. 2024.2025

* per n° ore settimanali solo presso questa Istituzione Scolastica

*\*****Oppure se completa in altre Istituzioni Scolastiche***

## per n° ore settimanali presso l’Istituto ;

1. per n° ore settimanali presso l’Istituto ;

#### Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………Prov.(…….…) il………/…..……/…………..

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), **Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato,**

#### DICHIARA, ALTRESI’

* di essere Cittadino/a Italiano/a;

*(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 non godere dei Diritti Politici;
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di Prov . (……);
* di essere, agli effetti militari, nella seguente posizione (di avere assolto gli obblighi di leva, dispensato, esonerato, riformato, rivedibile, in posizione sospensiva per motivi di \_ ); **di essere in possesso del seguente titolo di studio che allega in copia conforme all’originale in possesso del/la sottoscritto/a, composto da n° pagine:**
* Laurea (denominazione corso di Laurea)… ;
* Laurea quadriennale  Laurea Specialistica  Laurea Magistrale  Diploma Laurea Triennale
* Diploma di 2° grado………………………………………………………………………………………………………………….

#### rilasciato dalla Scuola/Università………………………………………………………………………………………………………

di ………………………………………………………………….. in data …...../……../……... con votazione………./………..

* di aver conseguito l’idoneità/abilitazione all’ insegnamento per la (ordine di scuola o cl. di conc.) in data / / ai sensi del ;
* di aver conseguito il titolo di specializzazione per l’ insegnamento su posti di sostegno per la (ordine di scuola)

in data / / ai sensi del ;

* di essere invalido/a civile con la seguente percentuale dall’anno ;
* di non essere invalido/a civile;
* di godere di pensione n° in qualità di corrisposta da
* di non essere titolare di pensione di invalidità INPS;
* di fruire dei benefici della Legge 104/92 personale  di fruire dei benefici della Legge 104/92 per
* di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall’Art. 53 del D.L.165/2001 o dall’art. 508 del D.L. 297 del 16/04/1994;
* di essere iscritto/a nell’Albo o elenco tenuto da Pubblica Amministrazione di
* di appartenere all’ordine professionale
* di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro;
* di avere instaurato rapporto di lavoro pubblico/privato con

fino al / / e di optare per il nuovo rapporto di lavoro;

* di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato;
* di non esercitare attività industriale, commerciale o una libera professione non autorizzata;
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti al casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
* di non aver a proprio carico sentenze di condanna che comportino interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali o di aver subito condanne/sanzioni interdittive all’attività che comportino contatti diretti con i minori;
* in riferimento al D.Lgs n. 39 del 04 Marzo 2014, pubblicato sulla G.U. del 22 Marzo 2014, a proprio carico non risultano condanne per i reati previsti dal Codice Penale: articolo 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies, ovvero irrogazioni di sanzioni interdittive all’esercizio delle attività che comportino contatti diretti e regolari con i minori;

**\*solo per i neo immessi in ruolo:**

* di non aver mai presentato la dichiarazione di idoneità fisica all’impiego;
* di aver presentato la dichiarazione di idoneità fisica all’impiego nell’a.s. / presso

;

#### Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………prov.(…….…) il………/…..……/…………

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000**), Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato,**

#### DICHIARA, ALTRESI’

**di aver effettuato l’ultimo servizio nell’a.s**…….…/………….presso l’Istituto……………………………………………………….

…………………......................con sede (VIA e COMUNE)………..…………………………………………………Prov. ( )

* con incarico a Tempo Indeterminato  Titolare  in Assegnazione Provvisoria  in Utilizzazione  con incarico a Tempo Determinato

di essere in possesso della verifica dei titoli da parte dell’Istituto (per nomina a Tempo Determinato)…………………………………...............

……………………………………………………………………………………………....A.S……………………/……………………..

* **di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell’Istituto al seguente link:**

#### <https://www.icfabrizia.edu.it/>

#### di essere incluso/a nella graduatoria di merito di cui al Concorso

al posto n. con punti

#### ai fini della maturazione e/o liquidazione delle ferie : Dichiara di trovarsi al  1° Anno  2° Anno  3° Anno

* **oltre il 3° anno di servizio**

**ISTITUTO PRESSO CUI È STATA PRESENTATA LA DOMANDA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE DI ISTITUTO**

* **La DICHIARAZIONE DEI SERVIZI** è stata presentata il ……../.........../ presso
* La prima Scuola in cui è stata presentata la domanda di inclusione nelle Graduatorie è l’Istituto
* Il punteggio è stato convalidato dalla Scuola

con Decreto Prot. n° del / /

**COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA E DICHIARAZIONI DETRAZIONI D’IMPOSTA**

#### Ai sensi e per gli effetti dell’art. 23 del D.P.R. 29/09/1973 n. 600 e successive modificazioni Dichiara il proprio stato civile di:

* + Celibe/Nubile  Coniugato/a  Divorziato/a  Separato/a legalmente ed effettivamente  Vedovo/a

**Dichiara di aver diritto alle seguenti detrazioni del reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall’Art. 12 del D.P.R. 9167/86**

## Coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato  Figli a carico  Coniuge mancante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Rapporto di parentela con il/la dichiarante** | **Indicare la %**  **a carico** | **Dati di nascita e Codice Fiscale** |
| ………………………………………... | …………………………..   * **Disabile** | * **50** * **100** | Nato/a il […….[……..[…………….  (se il familiare è a carico, indicare il Codice Fiscale) [….[….[.…[…..[.....[….[….[….[….[....[….[….[.....[….[…..[…. |
| ………………………………………... | …………………………..   * **Disabile** | * **50** * **100** | Nato/a il […….[……..[…………….  (se il familiare è a carico, indicare il Codice Fiscale) [….[….[.…[…..[.....[….[….[….[….[....[….[….[.....[….[…..[…. |
| ………………………………………... | …………………………..   * **Disabile** | * **50** * **100** | Nato/a il […….[……..[…………….  (se il familiare è a carico, indicare il Codice Fiscale) [….[….[.…[…..[.....[….[….[….[….[....[….[….[.....[….[…..[…. |
| ………………………………………... | …………………………..   * **Disabile** | * **50** * **100** | Nato/a il […….[……..[…………….  (se il familiare è a carico, indicare il Codice Fiscale) [….[….[.…[…..[.....[….[….[….[….[....[….[….[.....[….[…..[…. |
| ………………………………………... | …………………………..   * **Disabile** | * **50** * **100** | Nato/a il […….[……..[…………….  (se il familiare è a carico, indicare il Codice Fiscale) [….[….[.…[…..[.....[….[….[….[….[....[….[….[.....[….[…..[…. |

**ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

**Dichiara di**  **Avere**  **Non avere diritto** all’assegno per il nucleo familiare **(se SI allegare domanda documentata)**

#### Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante

A.VESPUCCI

**ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S2024.2025 E DICHIARAZIONI PERSONALI– Foglio 4**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………prov.(…….…) il………/…..……/…………

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000**), Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato,**

#### DICHIARA

* + **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;
  + **Astensione Obbligatoria per Maternità** fino al ………/…………/………….. e chiede di avvalersi di quanto disposto dall’art. 12 CCNL 24/07/03; dell’art. 57 D.Lgs. 151/2001; dall’ordinanza della Corte Costituzionale 27/10 07/11/03 n. 337 (G.U. 1 serie speciale n. 45 del 12/11/03) e art. 142 comma 4 del CCNL 24/07/03 sottoscritto il 2/2/05 (G.U. 16/02/02 n. 38):
  + mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso ;
  + aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di ;
  + dottorato di Ricerca/borsa di studio presso ;

**Dichiara, inoltre,**

* + di essere in stato di gravidanza e in condizione di poter assumere servizio perché non si trova nel periodo, per il quale la Legge impone di non svolgere attività lavorativa;
  + di fruire ad oggi dell’indennità di maternità giornaliera ai sensi dell’art. 22 del D.L.vo 151/2001 retribuita dalla Direzione Territoriale dell’Economie e delle Finanze di ……………………………………………….. a seguito di Contratto stipulato dall’Istituto ………………………………………………………………….… con copertura giuridica fino al ……/……/ ;
  + di aver diritto alla riduzione di orario per allattamento avendo un/una figlio/a nato/a il ...…/……./………. e pertanto inferiore ad un anno;
  + essere stato/a messo/a a conoscenza degli adempimenti inerenti la possibilità di esercitare il diritto di riscattare/o ricongiungere periodi o servizi;

**RICHIESTA ACCREDIMENTO/CAMBIO DELLO STIPENDIO E COMPENSI ACCESSORI**

# comunica le COORDINATE BANCARIE e/o POSTALI e chiede che le proprie competenze vengano

**accreditate dal**

**sottoelencato:**  C/C Bancario o Postale  Libretto postale nominativo **Banca/Ente Postale Agenzia di Indirizzo**

# COORDINATE IBAN

**in via continuativa sul conto**

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicatosull’estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Naz.** | | **Check** | | **CIN** | **A.B.I.** | | | | | **CAB** | | | | | **Numero conto corrente** | | | | | | | | | | | |
| **2 lettere** | | **2 cifre** | | **1 lett.** | **5 cifre** | | | | | **5 cifre** | | | | | **12 cifre** | | | | | | | | | | | |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Partita di Spesa Fissa Qualifica: Ordine di Scuola Docente**  **Infanzia**  **Primaria**  **Secondaria di I grado**  **ATA**

**inoltre CHIEDE l’invio del Modello Allegato all’Ufficio Competente (*Ufficio Responsabile* Pagamento *Stipendio –***

***D.T.E.F. di Reggio Calabria).***

#### Il/La sottoscritto/a si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditamento

**Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante**

**ASSUNZIONE IN SERVIZIO A.S. 2023/2024 E DICHIARAZIONI PERSONALI– Foglio 5**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………prov.(…….…) il………/…..……/…………

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000**), Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato,**

#### DICHIARA

* **di essere a conoscenza che, per quanto riguarda le seguenti dichiarazioni/richieste:**
  + - 1. detrazioni fiscali spettanti o variazione
      2. variazione del proprio domicilio fiscale (residenza)
      3. variazione della modalità di riscossione delle competenze fisse ed accessorie spettanti
      4. richiesta di piccolo prestito
      5. compilazione e presentazione Mod. 730

dovrà effettuarle personalmente tramite il servizio “Noi PA” – al seguente indirizzo [**https://noipa.mef.gov.it**](https://noipa.mef.gov.it/)

**DICHIARAZIONI AI FINI DEL T.F.R.**

**Dichiara di aver prestato il seguente servizio**

* + - * + **NON** ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all’INPS ex I.N.P.D.A.P. nel giorno precedente l’assunzione in servizio, ossia il / /
        + Il giorno precedente l’assunzione in servizio **ha prestato servizio** presso
        + Ultimo servizio prestato alle dipendenze dello Stato dal / / al / /

per n. h in qualità di

presso \_

**TRATTENUTE MENSILI SULLO STIPENDIO**

* + - * + Iscrizione al seguente Sindacato
        + Altro scadenza

**TRATTENUTE MENSILI PER ADESIONE AD ALTRE FORME PREVIDENZIALI INTEGRATIVE**

(riservata al personale del comparto scuola, istituita con l’accordo tra l’Aran e le Organizzazioni Sindacali della Scuola del 14 marzo 2001)

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 **NON** essere iscritto/a al FONDO SCUOLA ESPERO
        + di essere già iscritto/a al FONDO SCUOLA ESPERO DAL
        + di aver optato per il riscatto della posizione maturata

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

#### Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………prov.(…….…) il………/…..……/…………

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000**), Si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modifica che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato sul presente allegato,**

#### DICHIARA

**AI FINI DELLA RICONGIUNZIONE DEL FASCICOLO PERSONALE**

* + - * + **di aver prestato servizio presso i seguenti Istituti:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anno Scolastico** | **Periodo dal al** | **Giorni** | **Istituto** | **Dati di Servizio** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |
| **..........................** | **…………………….** | **……….....** | **……………………….** | **Per n° ore settimanali**  **Profilo di** |

**Autocertificazione in materia di SICUREZZA D.Lvo n. 81/2008 - \*indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni**

#### Dichiara di ver ricevuto in materia di sicurezza la seguente formazione- informazione di cui presenterà attestazione:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Corso**  **di Formazione** | **Durata prevista da**  **normativa** | **Eseguito** | **Ore**  **frequentate** | **Scuola** | **Anno** |
| **Generale Lavoratori** | **4 ore** | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Specifica Lavoratori** | **4 ore – AA**  **8 ore – docenti e CS** | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Preposti** | **8 ore** | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Addetto al primo**  **Soccorso** | **12 ore** | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Addetto antincendio** | * **4 ore**- rischio basso * **8 ore**- rischio medio * **16 ore**- rischio elevato | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Uso del defibrillatore** |  | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **Somministrazione**  **Farmaci** |  | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **RLS** (Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza) | **32 ore** | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **ASPP** (Addetto al servizio di prevenzione e protezione) |  | * SI  NO | **N°** |  |  |
| **RSPP** (Responsabile servizio di prevenzione e  protezione) |  | * SI  NO | **N°** |  |  |

**Fabrizia (VV), lì / / Firma del/la Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………..……….

Nato/a a…………………………………………………………………………prov.(…….…) il………/…..……/…………

-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 impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di tutti i dati finora dichiarati e riporta**ti, resi ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni, del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernente le situazioni di incompatibilità.

**ALLEGA ALLA PRESENTE LE COPIE DEI SEGUENTI DOCUMENTI**

## Documento d’Identità in corso di validità

* + Tesserino Codice Fiscale

## Copia conforme all’originale del Titolo di Studio

* + Ultimo Cedolino di stipendio

## Domanda attribuzione/rideterminazione assegno nucleo familiare

* + Dichiarazione dei Servizi

## Certificazione verifica/convalida domanda supplenza

* + Richiesta accreditamento stipendio – Allegato 2

**Firma del/la Dichiarante**

## Fabrizia (VV), lì / /

(Firma del/la dichiarante per esteso e leggibile)