

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

di aver visionato il codice di comportamento dei dipendenti e successive modifiche, di cui si riporta il link : <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/06/29/23G00092/sg>

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)

(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
- codice identificativo di 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 NICCOLINI PALLI

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 :

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

Dirigenti	16 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Addetto primo soccorso	12 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Somministrazione farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Uso del defibrillatore		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Addetto antincendio	<input type="checkbox"/> 4 ore - rischio basso <input type="checkbox"/> 8 ore - rischio medio <input type="checkbox"/> 16 ore - rischio elevato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Idoneità tecnica (antincendio)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)	32 ore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)		<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
Lavoratori, preposti edirigenti	6 ore ogni 5 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Addetto primo soccorso	4 ore ogni 3 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; 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.

Livorno

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.liceoniccolinipalli.edu.it/>

DICHIARANTE

Livorno

Firma