



Comunicazione n° 280

Albano Laziale, 30 agosto 2021

Al Personale Docente
Al personale ATA
Al D.S.G.A.
Al sito

Oggetto: assunzione in servizio personale in ingresso

Il personale docente e ATA a tempo indeterminato trasferito, assegnato o utilizzato, il personale docente e ATA rientrato dopo assegnazione provvisoria o utilizzazione, il personale docente e ATA neo-immesso in ruolo presso l'Istituto Comprensivo Albano, il personale docente assunto a tempo determinato ai sensi dell'articolo 59, commi 4 e seguenti, del decreto-legge n. 73 del 2021, è convocato mercoledì 1 settembre 2021 presso la sede di via Virgilio per le pratiche amministrative relative all'assunzione di servizio secondo l'orario di seguito riportato:

- ore 8,00 personale ATA
- ore 9,00 docenti Scuola dell'Infanzia
- ore 10,00 docenti Scuola Primaria
- ore 11,00 docenti Scuola Secondaria di I grado.

Si invita a compilare preventivamente la modulistica allegata alla presente comunicazione e a consegnarla in pari data:

- Dichiarazione assunzione in servizio
- Dichiarazione di incompatibilità
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione
- Richiesta di accredito dello stipendio

Si ricorda che l'accesso ai locali a partire dal 1° settembre 2021 è consentito per il solo personale in possesso di certificazione verde **COVID-19**.





Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Albano
Sede

Oggetto: Assunzione in Servizio (Personale Docente/ATA).

Il/La sottoscritto/a _____ in _____
(cognome del coniuge)

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente nel Comune di _____ (____) in via _____ n. ____ cap _____

domiciliato/a nel Comune di _____ (____) in via _____ n. ____ cap _____

A.S.L. di appartenenza _____

- tel. _____,
- cell. _____,
- e-mail _____,
- n. di codice fiscale _____;

(per il personale docente): docente di _____,

(per il personale ATA) qualifica _____
(Assistente amministrativo - Collaboratore scolastico)

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna per n. ore _____ settimanali

+ n. ore in altre scuole:

- n. ore _____ c/o _____,
- n. ore _____ c/o _____,

Albano Laziale, _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-)
(art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____ n° _____,
consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che
compporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

(barrare con la **x** le sole caselle interessate)

- di essere nato/a 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 : celibe , nubile , coniugato/a con vedovo/a di)
 di essere nella seguente posizione agli effetti militari _____
(di avere assolto gli obblighi di leva ; dispensato , esonerato , riformato , rivedibile , in posizione sospensiva per motivi di)
 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
dalla Scuola/Università _____ di _____

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 prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ALBANO LAZIALE II, _____

IL/LA DICHIARANTE

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Albano

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
CODICE FISCALE _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma leggibile del dichiarante

N.B.: 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. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino verrà denunciato all'autorità giudiziaria.

ALLEGATO - 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, la sottoscritta dichiara:

di essere già iscritta al Fondo Scuola Espero ha optato per il riscatto della posizione maturata

di non essere iscritta 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.

la sottoscritta 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 _____

la sottoscritta, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n°196, 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 _____



RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art. 14 - D.M. 31/10/2002)

All'ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)
NUMERO PARTITA/ISCRIZIONE/MATRICOLA			

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio** conto corrente bancario.

COORDINATE IBAN

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	c/c

Il sottoscritto si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal richiesto accredito.

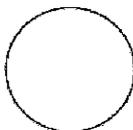
Data ____ / ____ / ____

Firma _____

AVVERTENZE

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la Banca comunichi la modifica delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Riservato all'Ufficio di Servizio



Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accredito delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____ / ____ / ____