

Al Dirigente scolastico
della Direzione Didattica 1° Circolo
Piazza Gramsci, 7
80014 Giugliano in Campania (Na)

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE IN SERVIZIO e/o COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

___ I ___ sottoscritt ___

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero,
dichiara quanto segue: che i dati contenuti nel presente foglio sono resi:

- ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;
- ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernenti le situazioni di incompatibilità;

Comune di nascita | _____ | Prov. |__|__| data |__|__|_____ |

C.F. _____ P.S.F. _____

Residenza anagrafica _____
(comune provincia indirizzo)

Domicilio _____
(comune provincia indirizzo)

Altri recapiti _____ | _____ | _____ @ _____
(telefono fisso) (cellulare) (indirizzo e-mail)

A.S.L. di Appartenenza N° _____ D.S. _____ VIA _____
TEL. /FAX _____

Ha assunto servizio presso codesta istituzione scolastica nel corso dell'anno scolastico
| _____ | _____ |, in data |__|__|_____ |, per n. ore | _____ | settimanali di servizio,
in qualità di:

Personale ATA

- d.s.g.a.
- assistente amministrativo
- collaboratore scolastico

Docente Scuola

- Primaria Comune Sostegno Lingua
- Infanzia Comune Sostegno

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato fino alla data |__|__|_____ | al termine dell'anno scolastico al termine delle attività didattiche

Dichiara inoltre di:

- di prestare / non prestare contemporaneo servizio presso le istituzioni scolastiche:

Scuola | _____ | per n. ore | _____ |

Scuola | _____ | per n. ore | _____ |

ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di avere/ non avere diritto all'assegno per il nucleo familiare (per i supplenti temporanei se si allegare domanda)

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto Scuola, istituita con l'accordo con l' Aran e le organizzazioni sindacali della scuola del 14 marzo 2001 dichiara altresì:
di essere / non essere già iscritto al Fondo Espero.

Comunica:

- di avere un'anzianità di servizio SUPERIORE INFERIORE ai 3 anni;
- di fruire dei benefici della L. 104/92 per sé stesso;
- di fruire dei benefici della L. 104/92 per _____;
- di essere (per i lavoratori di sesso femminile) 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 essere in stato di gravidanza e di trovarsi nel periodo durante il quale la normativa vigente vieta la possibilità di svolgere attività lavorativa;
- di percepire l'indennità di maternità prevista dall'art. 22 del D.L. 151 del 2001 dall'istituzione scolastica _____;

__ I __ sottoscritt__ si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati.

ALLEGATI

- copia documento di identità
- copia tesserino codice fiscale
- copia titolo di studio
- domanda di attribuzione/rideterminazione assegno familiare
- dichiarazione detrazioni spettanti
- modulo modalità di pagamento dello stipendio
- ultimo cedolino stipendio
- dichiarazione dei servizi (se non presentata in precedenza)

Data |__|__|_____|

Firma _____

__ I __ sottoscritt__, ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, 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 _____

Riservato all'Ufficio

Contratto	
Prot.n.	del

Comunicazione al Centro per l'impiego il _____

**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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="F"/>
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DOMICILIO - VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV (sigla)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA			
<input type="text"/>			

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 sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

IBAN

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

DATA _____

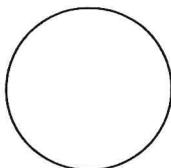
Firma per esteso _____

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.

Ufficio di Servizio _____

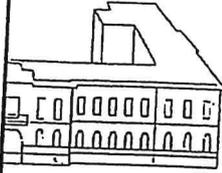
Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato



Timbro dell'Ufficio

Firma del dirigente _____

Data _____



TRATTAMENTO DATI PERSONALI DIPENDENTI
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 GDPR

Destinatari: Dipendenti

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa protocollo 8853 del 17/11/2018 e di sottoscriverla per ricevuta in data _____.

Firma leggibile del Dipendente

Eventuali osservazioni o richieste sui trattamenti descritti potranno essere inoltrate per iscritto al Responsabile della Protezione dei Dati o al Dirigente Scolastico.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI DIPENDENTI
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 GDPR

Destinatari: Dipendenti

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Dichiaro di (barrare il riquadro corrispondente alla scelta fatta):

Acconsentire al trattamento dei dati "Immagini e Riprese Filmate" di cui al paragrafo 6, sotto paragrafo b. punto i. della informativa protocollo 8853 del 17/11/2018

Non acconsentire al trattamento dei dati "Immagini e Riprese Filmate" di cui al paragrafo 6, sotto paragrafo b. punto i. della informativa protocollo 8853 del 17/11/2018.

Data _____.

Firma leggibile del Dipendente

Eventuali osservazioni o richieste sui trattamenti descritti potranno essere inoltrate per iscritto al Responsabile della Protezione dei Dati o al Dirigente Scolastico.



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 _____

ULTIMO TRIENNIO

A.S. 2017/2018

Scuola di Titolarità

(Denominazione)

(Indirizzo)

Scuola di Servizio⁽¹⁾

(Denominazione)

(Indirizzo)

A.S. 2018/2019

Scuola di Titolarità

(Denominazione)

(Indirizzo)

Scuola di Servizio⁽¹⁾

(Denominazione)

(Indirizzo)

A.S. 2019/2020

Scuola di Titolarità

(Denominazione)

(Indirizzo)

Scuola di Servizio⁽¹⁾

(Denominazione)

(Indirizzo)

(1) Se diversa da quella di titolarità in seguito ad assegnazione e/o utilizzazione

