**Al DS dell’IC “Via Boccea 590”**

**Prof.ssa Ermenegilda Esposito**

**Via Boccea 590 – 00166 Roma**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME ………..……………………… COGNOME ……………………………………….

CF …………………………………………………………………………….

nat…. a ……………………………………………………………………. (………….),

il ………………………………. Cittadinanza ……………………………………………………….

residente in ……………………………………………………

via/piazza ……………………………………………………………………… n… ..……………

CAP ……………………. PR…………………

domiciliato in (compilare solo se diverso dalla residenza)……………………………. via/piazza…………………………………n. ……………

CAP ……………………. PR……………………………………

Recapito telefonico 1……………………………………………………….. Recapito telefonico 2……………………………………………………………

Indirizzo PEO (Posta Elettronica Ordinaria) ………………………………………………………….@………………………………………………………..

Indirizzo PEC (Posta elettronica certificata) …………………………………………………………………….@…………………………………………….

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal Codice Penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

D I C H I A R A

* di essere nato/ a in …………………………………………………………….il ………………………….
* di essere residente in ………………………………………………………………………………………
* di essere domiciliato presso …………………………………………………………………………………
* 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 tutolo siano cittadini italiani.
* di godere dei diritti politici;
* 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 provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa,
* di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
* di essere ………………………………. (indicare lo stato civile).
* di essere nella seguente posizione agli effetti militari …………………………………………………………
* che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n.d’ord | COGNOME E NOME | NASCITA | RAPPORTO CON IL DICHIARANTE |
| LUOGO | DATA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* di essere in possesso del seguente titolo di studio ……………………………………………. conseguito il …………………… rilasciato da …………………………………………………… Votazione ……………
* di essere presente nella Graduatoria ……………………………………. di ………………………….. fascia ………………. alla posizione………………………….. con punteggio graduatoria .…………………………… decorrenza graduatoria…………………………
* di avere effettuato l’ultimo servizio nell’anno scolastico……………….. presso ………………………………….
* di prestare servizio nel corrente anno scolastico in altre scuole come sotto specificato:

presso ………………………………………………………… dal …………………al ………………………… n. ……………… ore settimanali, classe di concorso………………………..

* ai fini della maturazione e/o liquidazione delle ferie di trovarsi al ( ) 1^ ( ) 2^ ( ) 3^ ( ) oltre il 3^ anno di servizio (barrare la voce che interessa)
* di possedere le seguenti abilitazioni: ………………………………………………………………………
* Livello competenza lingua inglese (solo per docenti di scuola primaria) …………………………………………….
* di essere/non essere in possesso della verifica dei titoli effettuata da parte dell’istituto ……..…………………………………………………(scuola capofila per i docenti)
* che la propria ASL di appartenenza è………………………………………………………………………, nonché la residenza effettiva in caso di evento di malattia è sita in Via……………………………… n. ……….. città……………………………… PR………….
* Di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza
* Modulo base (ore 4) svolto presso…………………………………….…………………………………..
* Moduli specifici (ore 8) svolti presso………………………………………………………………………
* Altra formazione (pronto soccorso – antincendio ecc) ……………………………………………………
* la seguente modalità di pagamento per l’accredito degli emolumenti:

Codice iban

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

Banca/posta……………………………………………Agenzia…………………………………………………

* di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D.L.vo n. 297 del 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
* di esercitare la libera professione ( per l’attività di…………………………………………………………..) e pertanto ai sensi dell’art 508 comma 15, si chiede l’autorizzazione alla S.V. come da modello allegato;
* di non poter assumere servizio per il seguente motivo:
* interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità D.Lgs n. 151/01,
* congedo obbligatorio per maternità,
* per mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso………………………………………. non retribuito
* per aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di…………………………………..
* per dottorato di Ricerca/borsa di studio presso …………………………………………………………
* altro………………………………………………..……………………………………………………..
* di aver diritto alla riduzione di orario per allattamento avendo un/una figlio/a nat\_\_ il ………………………………………e pertanto inferiore a un anno,
* di fruire ad oggi dell’indennità di maternità giornaliera ai sensi dell’art 22 del D.Lvo 151/2001 retribuita dalla Direzione Territoriale dell’Economie e delle Finanze di……………………………………….. a seguito di contratto stipulato dall’Istituto ……………………………. con copertura giuridica fino al ……………………………………
* essere stato messo a conoscenza degli adempimenti da porre in essere ai fini previdenziali ed assistenziali;
* essere stato messo a conoscenza degli adempimenti inerenti la possibilità di esercitare il diritto di riscattare/o ricongiungere periodi o servizi;
* di avere ricevuto l’informativa inerente al trattamento dei dati personali, cosi come previsto dall’art. 13 del D.lvo 30.06.2003 n. 196 e successive modificazioni, pertanto ...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;
* di aver preso visione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici DPR 62/2013, pubblicato sul sito WEB della scuola alla seguente pagina: https://www.icviaboccea590.edu.it/wp-content/uploads/2022/03/D-P-R-16-aprile-2013-n-62.pdf
* di aver preso visione del Regolamento di istituto pubblicato sul sito WEB della scuola alla seguente pagina: https://www.icviaboccea590.edu.it/wp-content/uploads/2022/05/Regolamento-di-Istituto-IC-Via-Boccea-590.docx.pdf

nonché di accettarne integralmente il contenuto, dovendo frequentare i locali scolastici: sede centrale e plessi.

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 200,

 ...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).

Comunica inoltre di impegnarsi ad inoltrare tempestivamente qualsiasi modifica dei dati dichiarati con la sottoscrizione del presente modello, che dovesse intervenire in itinere.

**Si allegano copia del documento di identità e del codice fiscale**

Luogo e data ……………………… (il/la dichiarante)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Reg. UE 679/2016)**

Ai sensi della vigente normativa sul trattamento e la protezione dei dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal dirigente scolastico, Prof.ssa Ermenegilda Esposito, in qualità di Titolare del trattamento, dovendo acquisire o già detenendo dati personali che La riguardano, è tenuta a fornirLe le informazioni appresso indicate riguardanti il trattamento dei dati personali in suo possesso.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali, anche appartenenti alle categorie particolari come elencate nel D.M. della Pubblica Istruzione n. 305 del 7 dicembre 2006, avrà le finalità di:

1. elaborazione, liquidazione e corresponsione della retribuzione, degli emolumenti, dei compensi dovuti e relativa contabilizzazione;

2. adempimento di obblighi derivanti da leggi, contratti, regolamenti in materia di previdenza e assistenza anche integrativa e complementare, di igiene e sicurezza del lavoro, in materia fiscale, in materia assicurativa

3. tutela dei diritti in sede giudiziaria.

Il conferimento dei dati richiesti per le finalità da 1 a 3 è indispensabile a questa Istituzione Scolastica per l'assolvimento dei suoi obblighi istituzionali, il trattamento non è quindi soggetto a consenso ed il mancato conferimento dei dati potrebbe compromettere il regolare svolgimento del rapporto di lavoro.