

**OGGETTO: ASSUNZIONE IN SERVIZIO - Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (DPR 45/2000 art.46 e 47)**

**Il/La sottoscritto/a**

.....  
nato/a..... (prov. ....) Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Codice fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| di essere residente nel  
Comune di ..... (Prov.) ..... CAP: .....  
in via / piazza..... N.....  
domiciliato/a a (se diverso da residenza) .....  
(Prov.).....  
in via/ piazza.....N.....  
U.S.L. di appartenenza  
.....  
tel..... cell.....  
PEO: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

di assumere effettivo servizio in data \_\_\_\_\_  
Per l'insegnamento di \_\_\_\_\_  T.I.  T.D. - CL.CON. \_\_\_\_\_  
Per personale ATA per il profilo di \_\_\_\_\_  T.I.  T.D.  
 Nell'a.s. 2024/2025 di aver prestato servizio presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
 supplente breve e saltuaria \_\_\_\_\_  
 di essere titolare \_\_\_\_\_  
 Assegnazione provvisoria per l'a.s. 2025/2026 \_\_\_\_\_  
 Utilizzazione classe di concorso/profilo ata \_\_\_\_\_  
 Immissione ruolo scuola /infanzia/ primaria/ secondaria di primo grado \_\_\_\_\_  
Classe di concorso \_\_\_\_\_ posto \_\_\_\_\_ h ...../..... sett.li  
 Per l'a.s. 2025/2026 l'interessato/a è in servizio per n. ore settimanali \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Con completamento orario presso \_\_\_\_\_ per n.h.sett.li \_\_\_\_\_  
Sarno, li , \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2024 Firma dell'interessato/o \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' CIRCA L'ESISTENZA DI ALTRI  
RAPPORTI DI LAVORO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ avendo  
sottoscritto/a in data odierna contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato in qualità di  
docente \_\_\_\_\_ o nel profilo di \_\_\_\_\_ del  
personale

ATA, ai sensi di quanto previsto dall'art. 18 punto 5 del CCNL del comparto scuola stipulato in data 04/08/95,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n° 29 del 03/02/1993 o dall'art. 508 del D.L. n° 297 del 16/04/1994; ovvero

di avere instaurato rapporto di lavoro pubblico/privato con \_\_\_\_\_  
fino al \_\_\_\_\_ e di optare per il nuovo rapporto di lavoro.

di non essere titolare di pensione di invalidità INPS

di non esercitare l'industria, il commercio o una libera professione non autorizzata

che il giorno precedente all'assunzione in servizio presso questo istituto (giorno \_\_\_\_\_)

non era coperto da nessun altro contratto di lavoro

era in servizio presso \_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse modificare lo stato della presente dichiarazione.

## INFORMAZIONI CONTABILI

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

dichiara di riscuotere con la seguente modalità:

- Accreditamento sul conto corrente bancario** (si allega il relativo modello + distinta competenze mensili);

Banca \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

- Accreditamento sul conto corrente postale** (si allega il relativo modello + distinta competenze mensili)

- **comunica le seguenti coordinate bancarie e/o postali per l'accredito degli emolumenti: CONTO CORRENTE (IBAN)/conto postale**

Firma dell'interessata/o

\_\_\_\_\_

## DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

- copia carta d'identità/ patente;**

- copia codice fiscale.**

- copia cedolino**

**Solo per personale NON di ruolo si allega:**

- copia decreto convalida punteggio biennio 2024/2026**

**In caso di primo incarico nel biennio 2024/2026, dichiaro di presentare Titoli e servizi per procedere alla convalida.**

Firma \_\_\_\_\_

**Inoltre Dichiaro:**

- di essere iscritto al fondo esero;**

- di non essere iscritto al fondo esero.**

Firma dell'interessata/o

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_

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

**D I C H I A R A**

**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 civili e politici**     **di non godere dei diritti civili e politici;**
- **di aver**         **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 essere: coniugat**\_\_ **con** \_\_\_\_\_ /;  vedova;  **celibe/nubile;**  **separat./div.**
  - che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto;

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

**di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_**  
**conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_**

**di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_**  
**Conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_**

**di essere in possesso;**         **di non essere in possesso; del titolo di studio di sostegno**  
**conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_**

SARNO,.....

Firma del DICHIARANTE \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE ALTRI TITOLI DI STUDIO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

### DICHIARA

di essere in possesso di altri titoli( master, diplomi di specializzazione e altro)

\_\_\_\_\_ • di essere in possesso del seguente titolo di studio dichiarato per l'accesso all'impiego: Laurea

: (denominazione corso di laurea) \_\_\_\_\_  laurea

quadriennale  laurea specialistica  laurea magistrale

ambito/classe \_\_\_\_\_

Diploma 2° grado \_\_\_\_\_

Diploma laurea triennale \_\_\_\_\_

data di conseguimento \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ Votazione \_\_\_\_\_

• di avere le seguenti Abilitazioni – Idoneità – Concorsi:

Materia – Cattedra \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_

Data conseguimento \_\_\_\_\_ Bando \_\_\_\_\_ Posto in grad. \_\_\_\_\_

• di aver presentato i documenti di rito presso ..... il  
.....

• di essere inserit\_\_ nella graduatoria di \_\_\_\_\_ al posto n.

\_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ scuola capofila \_\_\_\_\_

• di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza:

moduli base (ore 4) svolto presso \_\_\_\_\_

moduli specifici (ore 8) svolto presso \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

altra formazione (pronto soccorso, antincendio etc.):

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE.....

**DICHIARAZIONE DI PRECEDENZA / PREFERENZA** ai sensi della normativa vigente

(L.104/92 art.3 comma3; art.3 comma1;art.21 - verbale di invalidità riconosciuta- verbale di grave patologia)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale , che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera E dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del DPR 600/73 e successive modificazioni e si impegna a comunicare tempestivamente all'istituto le variazioni alla suindicata situazione.**

- **di essere in possesso dei requisiti previsti della L. 104 del 05/02/1992 e successive modifiche e integrazioni:**

**si**    **no** ; (in caso di conferma allegare copia del verbale)

**PER SE STESSO** ;

**PER ASSISTITO**   NOME \_\_\_\_\_ / COGNOME \_\_\_\_\_

Grado di parentela : \_\_\_\_\_ -Verbale concesso dal/dalla \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

**di essere in possesso di invalidità con verbale emesso dalla** \_\_\_\_\_ ;

(in caso di conferma allegare copia del verbale)

**di non essere in possesso di invalidità.**

**IL/LA DICHIARANTE.....**

**Per qualsiasi comunicazione verrà utilizzato il seguente indirizzo di posta elettronica istituzionale :**

**[saic8bx00b@istruzione.it](mailto:saic8bx00b@istruzione.it)**

**Firma dell'interessato/a** \_\_\_\_\_