ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "E. FERMI"

Via Denaro, 24 - 89011 Bagnara Calabra (RC) – Tel.0966/439104 - Fax 0966/439103

www.liceofermibagnara.it *rcis01700a@istruzione.gov.it* *rcis01700a@pec.istruzione.it*

FASCICOLO PERSONALE

ANNO SCOLASTICO 2020/2021

DOCENTE ☐

ATA ☐

Nat__ a _____ **il** _____

Tel._____ **Mail**_____

- DOCENTE A TEMPO INDETERMINATO (ORE_____) ☐
- DOCENTE A TEMPO DETERMINATO (ORE_____) ☐
- CLASSE DI CONCORSO/DISCIPLINA _____
- PERSONALE ATA_____
- PLESSO_____

Individua_____ Contratto_____ _____

Presa di servizio_____ Co Calabria_____

Casellario_____

Axios ☐

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "E. Fermi"
Bagnara Calabra (RC)

OGGETTO : ***ASSUNZIONE IN SERVIZIO***

Il/la sottoscritt__ _____ nat__ a_____

il _____ e residente a _____ via_____

Tel ._____ indirizzo mail _____

Cod. fiscale _____ in qualità di _____

P.S.F. n._____/_____ Classe di concorso _____

dichiara di assumere servizio in data_____ a seguito:

☐ *Trasferimento* ☐ *Assegnazione Provvisoria* ☐ *Utilizzazione*

☐ *Contratto a tempo determinato per n. ore _____/_____*

☐ _____

- *Scuola di titolarità_____*
- *Ultima scuola di servizio _____*

  dal _____al_____

Allegati: documento di riconoscimento e codice fiscale.

Bagnara Calabra (RC) lì_____

In fede

_____

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "E. Fermi"

Il/la sottoscritt__ _____ *nat__ a*_____ *il* _____ *e residente a* _____ *via*_____ *codice fiscale* _____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445, modificato ed integrato dall'art.15 della Legge 16 gennaio 2003 n.3 e dall'art.15 comma 1 L.183/2011, quanto segue:

- di essere nato/a a _____ (RC) il _____
- di essere residente nel Comune di _____ (___) in via_____n. _____ e domiciliato a (se diverso da residenza) _____
- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili e politici;
- stato civile (celibe/nubile/coniugata/o ……..) _____
- che la propria famiglia convivente è composta da:

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

- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

□ Laurea in _____ conseguita presso _____ in data _____ Votazione _____

□ Diploma di _____ conseguito presso _____ in data _____ Votazione _____

- di avere le seguenti Abilitazioni – Idoneità – Concorsi:

Materia – Cattedra _____	Classe _____	Punteggio _____
Data conseguimento _____	presso _____	
Materia – Cattedra _____	Classe _____	Punteggio _____
Data conseguimento _____	presso _____	

- 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 aver riportato condanne penali per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600 - quater 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attivita' che comportino contatti diretti e regolari con minori;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali non definitivi alla data odierna;

- comunica la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti: CONTO CORRENTE (IBAN)

Paese		Cin1		Cin 2	ABI					CAB					Numero conto corrente											

Banca/Posta	Agenzia

- di aver effettuato l'ultimo servizio nell' a.s. _____ presso l'Istituto _____
- che la propria A.S.L di appartenenza è _____

Si allegano:

*a) **copia documento d'identità***

*b) **copia del codice fiscale***

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni in base al T.U. art. 76 - DPR n.445/2000 e art. 495 del C.P., dichiara che quanto sopra indicato è corrispondente a verità.

_____ , _____

luogo data IL DICHIARANTE

_____

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 _____

Allegato 2

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a_____
(cognome) (nome)
nato/a a _____(____) il _____
(luogo)(prov.)
residente a_____(____)
(luogo)(prov.)
in via/piazza_____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

□ operatore scolastico in servizio presso_____
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

□ di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

□ anti-poliomelitica	□ non ricordo
□ anti-difterica	□ non ricordo
□ anti-tetanica	□ non ricordo
□ anti-epatite B	□ non ricordo
□ anti-pertosse	□ non ricordo
□ anti-morbillo	□ non ricordo
□ anti-rosolia	□ non ricordo
□ anti-varicella	□ non ricordo
□ anti-parotite	□ non ricordo
□ anti-*Haemophilus influenzae* tipo b	□ non ricordo

_____
(luogo, data)

Il Dichiarante

_____

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

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.

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ _____il _____,

residente in _____Via_____ n._____,

in servizio presso_____,

in qualità di _____,

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,

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

dichiara

[ ] 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 attivita' 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 articol i 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

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data _____Firma (1)_____

(1) La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato della Pubblica Amministrazione.

Al Dirigente Scolastico
IIS FERMI BAGNARA CALABRA

MODELLO A

AUTODICHIARAZIONE

Insussistenza cause ostativa per l'ingresso a scuola - Personale scolastico in servizio

Il/La sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _ _ / _ _ / 19 _ _ C.F. _____

In qualità di docente assistente amministrativo collaboratore scolastico

al primo accesso presso l'I. I. S. FERMI BAGNARA CALABRA A.S. 2020-2021

conseguente alla sospensione della didattica in presenza o al termine del periodo lavorativo in smart working

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dai successivi artt. 75 e 76, in caso di false dichiarazioni:

- di **non** essere stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni;
- di **non** essere stato a contatto con persone positive al COVID-19, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni;
- di accettare di sottoporsi alla misura a distanza della temperatura corporea prima dell'accesso a scuola, consapevole del fatto che nel caso di valore superiore ai 37.5°C l'accesso sarà impedito ed il valore misurato sarà annotato e comunicato dalla scuola alle competenti autorità sanitarie;
- di informare tempestivamente l'istituzione scolastica qualora venga a conoscenza di eventuali sopravvenute problematiche in merito alle predette dichiarazioni.

La presente autodichiarazione viene rilasciata quale misura di prevenzione correlata con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

BAGNARA CALABRA, _ _ / _ _ / 2020

Firma leggibile

_____