**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) in via/viale/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

*(barrare la/e voci che riguardano la/le dichiarazione da produrre)*

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_)
* di essere cittadino italiano *oppure* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di godere dei diritti civili e politici
* di essere: celibe / nubile / di stato libero
* di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che la famiglia convivente si compone di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(cognome e nome)* | *(luogo e data di nascita)* | *(rapporto di parentela)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* di non trovarsi in n nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall’art. 508 del Dlgs 297/1994 o dall’art. del Dlgs 165/2001, ovvero di non trovarsi in una delle suddette situaziuoni di incompatibilità e di optare per il nuiovo rapporto di lavoro;

ovvero,

* di essere liberi da rapporti in essere, di natura pubblica o privata
* di essere in possesso dei seguenti titolo di studio:
* 1 ……………………………………………………..conseguito il …………………….

Rilasciato da ………………………………………………votazione…………………

2…………………………………………………………………… conseguito il ……………………

Rilasciato da ……………………………………………………con votazione……………………..

3………………………………………………………………..conseguito il …………………………

Rilasciato da ………………………………………………… con votazione ……………………….

* Di essere in possesso del seguente codice fiscale…………………………………………………
* Ai fin i della maturazione delle ferie di trovarsi al (indicare gli anni di servizio compreso quello attuale …………………………………………………………………………………………….
* Che la propria ASL di appartenenza è……………………………………………………………
* Di non poter assumere servizio per il seguente motivo:
* Interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità, ai sensi del Dlgs n. 151/01
* Congedo obbligatorio per maternità
* Mandato amministrativo regionale parlamentare ect.. presso……………………………….
* Aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di ………………………
* Dottorato di ricerca/borsa di studio presso………………………………………………………..
* Altro…………………………………………………………………………………………………..

In relazione alla forma di previdenza complementare riservata al personale del comparto scuola,

istituita con accordo tra l’ARAN e le organizzazioni sindacali della sciola del 14 marzo 2001,

il/la sottoscritto/a dichiara:

* Di essere iscritto al fondo Espero – ha optato per il riscatto della posizione maturata
* Di non essere iscritto al fondo Espero

Comunica i seguenti recapiti:

Indirizzo Posta Elettronica ordinaria (PEO)………………………………………………………

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC)…………………………………………………………

Telefono fisso……………………………….

Telefono cellulare…………………………………..

Comunica la seguente modalità di pagamento per l’accredito degli emolumenti:

TIPO DI CONTO CORRENTE (indicare se bancario o postale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTO CORRENTE (IBAN)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Cin Eur | | Cin | ABI | | | | | CAB | | | | | Numero conto corrente | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Infine si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Dlgs n. 196 del 30/06/2003, autorizza l’amministrazione scolastica ad utilizzare i dati dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Si allega copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

Livorno, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Dipendente

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