**ISTITUTO TECNICO STATALE**
**"MARCHI – FORTI"**

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

*Al Dirigente Scolastico*

*dell'I.T.S. "Marchi-Forti" di PESCIA (PT)*

Oggetto: **Assunzione in Servizio (Personale ATA)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____(___)
il _____

D I C H I A RA

Che ha assunto servizio in data _____ presso questo Istituto con contratto di lavoro a tempo:

□ indeterminato

□ determinato con □ Supplenza al 30/06 □ Supplente al 31/08 □ Supplenza Temporanea

in qualità di **Personale A.T.A.** con Profilo Professionale di

□ Ass.te Amm.vo □ Ass.te Tecnico □ Coll. Scolastico

per n. _____/36 ore settimanali di servizio dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Comunica che nell'A.S. precedente ha prestato servizio presso _____

Pescia, lì _____ FIRMA _____

---

DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO *(da firmare al momento della consegna)*

● il piano di evacuazione e piano emergenza in caso di terremoto

● l'informativa sulla privacy (d.lgs.196/2003 e Regolamento Europe sulla Privacy) e di conferire il consenso al trattamento dati personali.

● si impegna a prendere conoscenza della informativa sulla sicurezza d.leg.vo 81/2008 e sul dvr di istituto a disposizione Segreteria

Pescia, lì _____ FIRMA _____

**ISTITUTO TECNICO STATALE**
**"MARCHI – FORTI"**

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 E 47 D.P.R.28 DICEMBRE 2000 N. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____
nato a _____(_____) il____/____/_____,
residente a _____ (_____) in _____n° _____
C.F._____

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

## DICHIARA

1. di essere nato a_____ Prov_____il ____/____/_____
2. di essere residente a _____ (____) in via _____n. civ._____, tel fisso _____ tel. Cell. _____
3. di essere domiciliato a (se diverso dal punto 2) _____ (____) in via _____n. civ._____, tel fisso _____
4. che la propria mail è _____
5. di essere cittadino/a italiano 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)*_____

6. Di godere dei diritti politici
7. di essere *(indicare lo stato civile: celibe - nubile - coniugato/a con)*_____
8. che il suo nucleo familiare si compone delle seguenti persone

| | Cognome | Nome | luogo di nascita | data di nascita | Rapporto di parentela |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

9. di essere in possesso del seguente titolo di studio_____ rilasciato da _____
10. di essere in possesso del seguente CODICE FISCALE _____
11. 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 provvedimento amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa
12. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

In fede in quanto dichiarato

Pescia, lì _____ Il dichiarante _____

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

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, il sottoscritto DICHIARA INOLTRE

- □ di essere già iscritto al Fondo Scuola Espero
- □ che ha optato per il riscatto della posizione maturata
- □ di nono essere iscritto al Fondo Scuola Espero

Data _____ Firma_____

*Si rammenta che non è iscritto al fondo chi abbia chiesto il riscatto della pensione maturata alla scadenza del precedente contratto*

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- □ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 508 del D. Lgs 297/1994 o dall'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 e ss.m.ii.,

ovvero

- □ di trovarsi in una delle suddette situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo rapporto di lavoro

Data _____ Firma_____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., 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_____

DICHIARAZIONE RILASCIATA AI SENSI DELL'ART. 2 DEL D.LGS. N.39 DEL 4/3/2014 IN MATERIA DI LOTTA CONTRO L'ABUSO E LO SFRUTTAMENTO SESSUALE DEI MINORI E LA PORNOGRAFIA MINORILE

Il/La Sottoscritto/a _____

nato a _____(_____) il____/____/_____,

residente a _____ (_____) in _____n° _____

C.F._____

Ai sensi dell'art. 2 del D.LGS. n.39 del 4/3/201, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di non avere a proprio carico condanne per taluno dei reati di cui agli artt. 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Pescia, lì _____ Il dichiarante _____

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

SCHEDA QUESTIONARIO

| **DATI ANAGRAFICI** | | |
|---|---|---|
| Cognome | | |
| Nome | | |
| Data di nascita | | |
| Comune di nascita | | Provincia |
| Sesso | | |
| Stato civile | | |
| Codice fiscale | | |
| **INDIRIZZI** | | |
| Residenza | Indirizzo | |
| | Comune | |
| | Cap | Provincia |
| | Frazione/Quartiere | |
| Domicilio | Indirizzo | |
| | Comune | |
| | Cap | Provincia |
| | Frazione/Quartiere | |
| Recapito | Indirizzo | |
| | Comune | |
| | Cap | Provincia |
| | Frazione/Quartiere | |
| Telefoni | Numero abitazione | |
| | Numero cellulare | 1. ……<br>2. …… |
| E-mail | | |
| **DATI PROFESSIONALI** | | |
| Titolo di Studio | | |
| Classe di Concorso | | Ore di servizio |
| Partita spesa fissa n. | | |
| Direzione Provinciale | | |
| Codice INPS | | |
| Decorrenza giuridica | | |
| Decorrenza economica | | |
| Scadenza contratto | | |
| Completamento presso | | Ore di servizio |
| Ultimo servizio prestato | | Dal al |
| Servizio prestato ultimi 3 anni | 1° | Dal al |
| | 2° | Dal al |
| | 3° | Dal al |

# ISTITUTO TECNICO STATALE
# "MARCHI – FORTI"

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it


## RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

(D.P.R. 367/1994 art.14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002)

***All'Ufficio Responsabile ……***

| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | SESSO |
|---|---|---|---|
| COMUNE (o stato estero) DI NASCITA | PROV. *(sigla)* | CODICE FISCALE | |
| DOMICILIO- VIA E N. CIVICO | C.A.P. | LOCALITA' | PROV. *(sigla)* |

| ENTE/MINSTERO | UFFICIO | | |
|---|---|---|---|
| INDIRIZZO | C.A.P. | LOCALITA' | PROV. *(sigla)* |
| | NUMERO PARTITA /ISCRIZIONE/MATRICOLA *(desumibile dal cedolino stipendio)* | | |

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano **accreditate** in via continuativa sul **proprio:**

- ☐ C/C Bancario o Postale
- ☐ Libretto postale nominativo

### 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 del conto corrente e può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)*

**Id.naz.| Cin E |Cin| ABI | CAB | N° C/C**

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

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

Data_____Firma_____

AVVERTENZE

*Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogniqualvolta decida di cambiare (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale intende effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN 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 dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze.*

***Riservato all'ufficio***

*Ufficio di Servizio* _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato

*Firma del Dirigente ……*

*Timbro dell'Ufficio*

*Data ……*

**ISTITUTO TECNICO STATALE**
**"MARCHI – FORTI"**

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) - Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

MOD. C-1

INFORMAZIONI CONTABILI PER IL PERSONALE TITOLARE DI PARTITA DI SPESA FISSA

Al Dipartimento Provinciale del Tesoro di _____

Provincia: _____
Iscrizione _____ CK _____
Codice Fiscale: _____
(DATI DESUMIBILI DALL'ULTIMO CEDOLINO STIPENDIO)

Cognome _____ Nome _____

Il /La sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in materia, in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la sua personale responsabilità:

1) Che _____ gode di pensione n. _____, in qualità di _____ _____ corrisposta da _____

2) Che ha diritto alle seguenti detrazioni d'imposta:
- detrazioni da lavoro dipendente S N
- detrazioni per coniuge a carico S N
- detrazioni per il primo figlio nella stessa misura del coniuge S N
- detrazioni per n. _____ figli in misura doppia S N
- detrazioni per n. _____ figli in misura semplice S N
- detrazioni per n. _____ altri familiari a carico nella seguente misura percentuale:
  ☐ 100% ☐ 50% ☐ altra
- maggiori detrazioni per n. _____ figli di età inferiore a 3 anni, già indicati nei punti precedenti
- maggiori detrazioni per n. _____ figli portatori di handicap, già indicati nei punti precedenti

3) ☐ che le modalità di riscossione rimangono invariate

☐ che desidera riscuotere con le seguenti modalità:
- ☐ riscossione diretta tramite Tesoreria Provinciale dello Stato - Banca d'Italia
- ☐ vaglia cambiario della Banca d'Italia
- ☐ accreditamento sul conto corrente bancario (si allega il relativo modello)
- ☐ accreditamento sul conto corrente postale (si allega dichiarazione dell'Ufficio Postale)
- ☐ assegno postale (si allega dichiarazione dell'Ufficio Postale)
- ☐ riscossione diretta presso l'Ufficio Postale di _____

Data _____ Firma _____

***da compilare a cura dell'ufficio***

Si dichiara che il Sig. _____ ha assunto servizio in data _____

Allegati: ☐ domanda per l'attribuzione dell'assegno per il nucleo familiare
☐ _____
☐ _____

data _____ Il Dirigente Scolastico _____