Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis"
Via C. Ferrigni,1 -cap 57125 Livorno Tel. 0586/862094 -
C.F. 92144990493 *– C.M.Circolo LIIC82700T*
CM scuola secondaria di 1° Pazzini LIMM82701V
CM scuola Primaria E. De Amicis LIEE82701X CM scuola Primaria GRAMSCI LIEE827021
CM scuola Primaria COLLODI LIEE827032
CM scuola dell'infanzia BENETTI LIAA82701P CM scuola dell'infanzia CREMONI LIAA82702Q
e- mail: *liic82700t*@**istruzione.it** ***PEC:***liic82700t@pec.istruzione.it
Sito: https://deamicislivorno.edu.it

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. _____ CF_____ Indirizzo Posta Elettronica ordinaria (PEO)_____

Indirizzo posta elettronica certificata (PEC)_____

Telefono fisso_____Telefono cellulare_____

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 situazioni di incompatibilità e di optare per il nuovo 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 …….

- 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 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

_____