QUALIFICA_____

Anni Di Servizio (per il personale a T.D.) ☐ dal I al III anno ☐ dal IV in poi

COGNOME_____ **NOME** _____

NATO/A A _____ PR (____) IL _____

COD. FISCALE _____ STATO CIVILE _____

Titolo di Studio ☐ Laurea in _____ ☐ Diploma _____

☐ Vecchio Ordinamento ☐ Nuovo Ordinamento

RESIDENTE IN _____ PR (____) CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DOMICILIATO IN _____ PR (____) CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

ASL DI APPARTENENZA _____ VIA _____

RECAPITI

CELL. _____ TEL. _____

E- MAIL _____ Altri recapiti _____

SCUOLA DI PROVENIENZA

_____ CITTA' _____

VIA _____ N. _____ CAP _____

TEL._____ SERVIZIO DAL _____ AL _____

firma

Roma, _____

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

resa ai sensi dell'art.2, legge n.15 del 4/1/1968 e successive integrazioni e modificazioni

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE SULLE DICHIARAZIONI RESE, CHE SARANNO OGGETTO DI ACCERTAMENTO DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE

__ sottoscritt__ _____, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsita' in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

SEZIONE A

di essere nat___ a _____ il _____

di essere residente a _____ cap _____

in via/piazza _____ n. _____

di essere cittadino italiano

di godere dei diritti politici

di essere nella seguente posizione circa gli obblighi militari: _____

di non aver riportato condanne penali

di non essere a conoscenza di avere carichi penali pendenti

di essere in possesso del seguente titolo di studio specifico richiesto per l'accesso al profilo per cui concorre:

☐ licenza elementare ☐ diploma maturità

☐ licenza media ☐ altro _____

conseguito nell'anno _____ presso _____
(indicare nome scuola)

SEZIONE B *(da compilare solo in presenza di **condanne penali** o **carichi penali pendenti**)*

Indicare il tipo di reato, il tipo di condanna; l'anno della condanna, l'autorità giudiziaria che ha emesso il provvedimento:

_____

_____

_____

SEZIONE C *(da compilare solo se assunto in ruolo come **riservista**)*

__ sottoscritt__ _____ dichiara di essere iscritta/o nelle liste della Provincia di Roma per il collocamento obbligatorio dei disabili ai sensi della legge n.68/1999.

_____ _____
data *(firma del dichiarante)*

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge n.675 del 1996, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ _____
data *(firma del dichiarante)*

Dichiarazione di stato di famiglia

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

Io sottoscritto _____ _____
(cognome) (nome)

nato a _____ _____ il _____
(luogo) (prov.) (data)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

che la mia famiglia, abitante in _____ _____
(luogo) (prov.)

_____, è così composta:
(indirizzo)

1) **IL DICHIARANTE**

	(cognome, nome)	(nato a)	(il)	(rel. parentela)
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

_____ _____
(luogo, data) (firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Ministero dell'Economia e delle Finanze
MEF DAG

RASTB08 – 1.0

Servizi Personale Tesoro

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DELLO STIPENDIO

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

All'ufficio Responsabile di _____

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SESSO (M o F)

COMUNE (o stato estero) DI NASCITA	PROV. (Sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)

DOMICILIO – VIA e N. CIVICO	CAP	LOCALITA'	PROV. (Sigla)

NUMERO PARTITA/ISCRIZIONE/MATRICOLA

Il sottoscritto chiede che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio conto corrente bancario.

COORDINATE IBAN

Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto è intrattenuto)

cod paese	cin euro	cin it	abi	cab	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 ogni qualvolta decida di cambiare lo sportello bancario sul quale localizzare il pagamento. Le coordinate 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 delle stesse attraverso i concordati canali telematici. Tale modifica sarà comunicata nel cedolino delle competenze inviato all'interessato.

Riservato all'Ufficio di Servizio

Ufficio di Servizio _____

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.

Firma del Dirigente _____

Timbro dell'Ufficio

Data ____/____/_____

DICHIARAZIONI PERSONALI

Il/La sottoscritt__

_____

Nat___ a _____ PR (_____) il _____

C.F._____ residente a _____ PR(_____)

in via _____

In riferimento al contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato
stipulato in data _____

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. Lgs. 29/1993 o dell'art. 508 del D. Lgs 297/1994 o dell'art. 53 del D. Lgs.165/2001.

Roma _____ Firma _____

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 14/03/2001,

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

Roma ,_____ 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.

Roma _____ Firma _____