



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE RITA LEVI MONTALCINI

Via Prunaia, 14 - 50013 Campi Bisenzio (FI) - C.F. 80045390483

Tel 055-8962201 IT24W0842538100000031596158

e-mail: FIIC86500G@istruzione.it - FIIC86500G@pec.istruzione.it

Circolare n. 371

Al personale docente e a.t.a. neoimpresso o trasferito
presso l'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini di Campi Bisenzio

Alla DSGA, dott.ssa Giovanna Maria Scardino

Alla segreteria del Personale

Oggetto: presa di servizio personale neoimpresso o trasferito 1^a settembre 2023

Il giorno **venerdì 1^a settembre 2023**, il personale docente e a.t.a. neoimpresso o trasferito per l'a.s. 2023-2024 presso questa istituzione scolastica si presenterà all'ufficio personale per la presa di servizio secondo il seguente orario:

PERSONALE ATA	Scuola infanzia	Scuola primaria	Scuola Secondaria di Primo grado
Ore 7.45	Ore 8.30	Ore 9.00	Ore 11.30

In allegato la modulistica che i docenti neoimpressi o trasferiti stamperanno e porteranno già debitamente compilata, onde ridurre al massimo i tempi delle operazioni necessarie alla presa di servizio.

Si ringrazia per la collaborazione.

Campi Bisenzio, 26 luglio 2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco Giari

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, c. 2 del D.lgs D. L. vo 39/1993)

ACCREDITO DELLO STIPENDIO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALESpett.le _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza _____
comune cap via/piazza nr.

Email _____ Telefono _____

CHIEDE

l'accredito dello stipendio, in modo continuativo, sul conto corrente

intestato a _____

COORDINATE BANCARIE (CODICE IBAN - 27 caratteri)

sigla internazionale	numeri di controllo	codice CIN	codice ABI	codice CAB	numero conto corrente
2 caratteri	2 caratteri	1 carattere	5 caratteri	5 caratteri	12 caratteri

Banca O	
Posta	
Agenzia di	

Data _____

Firma del dipendente _____



ISTITUTO COMPRENSIVO RITA LEVI MONTALCINI

Via Prunaia 14 Campi Bisenzio - C.F. 80045390483 Tel 055-8962201 IT24W0842538100000031596158

e-mail: FIIC86500G@istruzione.it - FIIC86500G@pec.istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. RITA LEVI MONTALCINI
CAMPI BISENZIO (FI)

DICHIARAZIONE PERSONALE DI ASSUNZIONE IN SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

indirizzo e-mail _____

telefono/cellulare _____

- insegnante di scuola infanzia/primaria/SSI a tempo determinato/indeterminato
- assistente amministrativo/collaboratore scolastico a tempo determinato/indeterminato

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna presso l'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini di Campi Bisenzio.

Dichiara altresì di aver superato l'anno di prova in data _____ presso

l'Istituto (*solo per il personale a tempo indeterminato*) _____

- Il/La sottoscritto/a dichiara di leggere con attenzione l'informativa sul "Protocollo Covid-19" che sarà pubblicato sul Sito di questa Istituzione Scolastica - www.icmontalcinicampi.edu.it.
- Il/La sottoscritto/a dichiara di leggere con attenzione l'informativa sulla sicurezza in base al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 che verrà inviata tramite posta elettronica.

Campi Bisenzio, _____

Firma _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____
residente a _____ via _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente in _____ via _____
- di essere cittadino/a italiano/a 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)
- di godere dei diritti politici
- di essere _____
(indicare lo stato civile: libero, coniugato/a con _____)
- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
rilasciato da _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
- 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
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

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 _____



Ministero dell' Istruzione, dell' Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____
residente a _____ via _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e che, inoltre, la falsa dichiarazione comporta la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente in _____ via _____
- di essere cittadino/a italiano/a 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)

- di godere dei diritti politici
- di essere _____
(indicare lo stato civile: libero, coniugato/a con _____)

- che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
rilasciato da _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
- 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
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, _____ Il dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____

in via/Piazza _____ nr _____

CODICE FISCALE _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di non aver riportato a suo carico condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quater*, 600-*quinqes* e 609-*undecies* del codice penale, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (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.

Data

Firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autocertificazione 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. L'amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino verrà denunciato all'autorità giudiziaria.

**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

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

(luogo, data)

Il Dichiarante

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.