



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**Istituto Comprensivo "Arturo Toscanini"**

Via Amburgo, 5 - 04011 Aprilia tel 0692731641 - Cod.fisc. 91017040592 - Cod.mecc. LTIC84400E

[LTIC84400E@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:LTIC84400E@PEC.ISTRUZIONE.IT) [LTIC84400E@ISTRUZIONE.IT](mailto:LTIC84400E@ISTRUZIONE.IT) sito web: [www.ictoscaniniaprilia.edu.it](http://www.ictoscaniniaprilia.edu.it)

**DICHIARAZIONE ASSUNZIONE IN SERVIZIO**

Aprilia, .....

Il/La sottoscritto/a .....

nat \_\_\_ a .....(prov.....) il .....

Codice fiscale .....

E residente a .....(prov. ....)

Via ..... n. ....

Tel ..... cell. ....

Email .....

Asl di appartenenza .....

Assume servizio in (data odierna) ..... presso questo Istituto in qualità di:

- docente di posto comune                       docente di Sostegno                       docente IRC
- titolare nella classe di concorso .....

- ATA profilo prof.le:                       assistente amministrativo                       collaboratore scolastico

- a tempo Indeterminato a seguito:

- trasferimento                       utilizzazione                       ass.provv.ria
- immiss. in ruolo                       passaggio cattedra .....  passaggio di ruolo .....

- a tempo Determinato a seguito:

- Incarico fino al ..... per ore settimanali.....
- Supplenza breve in sostituzione di ..... per ore settimanali.....
- con effetto giuridico ed economico dal ..... al .....
- Altra scuola di servizio a completamento ..... per ore .....
- Proveniente da ..... (scuola di ultimo servizio a.s. precedente)

a seguito Provvedimento del:                       USP                       Preside                       Diocesi                       MAD

Individuazione Prot..... del ..... Posizione graduatoria ..... Punteggio .....

Contratto Prot. N ..... del .....

DICHIARA

- Di aver presentato la documentazione di rito
- all'atto della domanda di iscrizione nella domanda nella graduatoria permanente o d'Istituto;
- presso la scuola:.....

..... a.s. ....

di essere in possesso alla data in inserimento in graduatoria, del seguente titolo di studio

.....

Aprilia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Il/La sottoscritto \_\_\_ ai sensi della Legge n. 675 del 31/12/1996, autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per i fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economia del rapporto di lavoro.

\_\_\_\_\_

Firma

**Dichiara di aver acquisito le informazioni fornite dal titolare ai sensi degli ARTT. 13-14 del GDPR.**

\_\_\_\_\_

Firma

**Dichiara di impegnarsi alla lettura di tutti i documenti fondamentali dell'Istituto ( PTOF – RAV – PIANO DI MIGLIORMENTO E CONTRATTAZIONE ).**

\_\_\_\_\_

Firma

## 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/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere già iscritto/a al Fondo Scuola Espero

ha optato per il riscatto della posizione maturata

di non essere iscritto al Fondo Scuola Espero

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

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 \_\_\_\_\_





**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 I.C. ARTURO TOSCANINI

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  
\_\_\_\_\_