



ISTITUTO COMPRENSIVO LUCCA 3

Via Don Minzoni, 244 - S. Anna - 55100

LUCCA

C.F. 92051740469

TEL.0583/584388—581457

luic84600n@istruzione.it

lui84600n@pec.istruzione.it

- inserito ARGO
- inserito SIDI x contratto
- comunicaz anim.dig.x email
- comunicaz. DSGA x reg.eletr.
- massiva
- centro impiego
- convalida

PRESA DI SERVIZIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 Legge n. 15 del 4/1/1968, art. 3 comma 10 Legge n. 127 del 15/03/1997, art. 1 DPR n. 403 del 20/10/1998)

(Art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

Il/Lasottoscritto/a nato/a

il C.F. residente: Comune cap

Prov. Via n.

Tel.fisso cell. e-mail

domiciliato

Comune cap prov. Via n.

(se non ancora definito il sottoscritto si impegna a comunicarlo appena stabilito)

in qualità di: * classe concorso

*SPECIFICARE: docente scuola sec. di 1° grado/primaria/ infanzia /ATA - SPECIFICARE classe concorso/profilo

DICHIARA

- di assumere servizio in data ODIERNA per n. ore con incarico/supplenza fino
- al conferito da (Ufficio Scolastico
- Provinciale/Scuola) a seguito di convocazione da GPS/G.I.)

con atto di nomina prot. n. _____ del _____

// di avere

// di non avere superato i 3 anni di servizio

// di avere il completamento per n. _____ ore presso l'istituto _____

// di essere titolare presso l'istituto _____

// di provenire dall'Istituto _____ per

trasferimento/assegnazione/utilizzazione *(SPECIFICARE) _____

*SPECIFICARE SE IN ASSEGNAZIONE e/o TRASFERITO/A e allegare comunicazione dell'Ufficio Scolastico

Provinciale

CHIEDE

- che le competenze vengano accreditate sul proprio cc a mezzo bonifico bancario / postale (SPECIFICARE) presso _____

Coordinate IBAN

PAESE	COD	CIN	ABI	CAB	C/C

DICHIARA inoltre

- di AVERE altro rapporto di lavoro pubblico/privato con _____ fino al _____ e trovandosi in una delle suddette situazioni di incompatibilità di optare per il nuovo rapporto di lavoro
- di non essere titolare di pensione INPS
- di non esercitare l'industria, il commercio o la libera professione non autorizzata
- SE RECLUTATO DA MAD: di non essere iscritto in alcuna graduatoria provinciale e di istituto

Il Sottoscritto è consapevole che in caso di falsa dichiarazione saranno 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 nat_ a _____ il _____
- di essere residente in _____ Via _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ rilasciato da _____ (indicare Istituto e sede / SedUniversitaria) il _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
- 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

título siano cittadini italiani)

di godere dei diritti politici

di essere

- con

indicare lo stato civile (libero/a, se coniugato/a)

indicare il cognome del coniuge

che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

data,

il dichiarante

Si ricorda che è possibile aderire all'assicurazione stipulata dall'istituto. Se interessato/a rivolgersi all'ufficio di segreteria