



## COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE persone n..... ( compreso la dichiarante)

Coniuge |\_\_\_| a carico |\_\_\_| non a carico • Figli |\_\_\_| a carico al 50% |\_\_\_| a carico al 100% |\_\_\_| non a carico:

Cognome ..... Nome ..... nato/a a ..... il ...../...../.....

C.F. ....

Cognome ..... Nome ..... nato/a a ..... il ...../...../..... C.F.

.....

Cognome ..... Nome ..... nato/a a ..... il ...../...../..... C.F.

.....

Cognome ..... Nome ..... nato/a a ..... il ...../...../.....

C.F. ....

### DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITÀ

- 1) di non avere/ avere rapporti di pubblico impiego o privato ( nel caso in cui la risposta sia positiva, allegare espressa dichiarazione di opzione per il nuovo rapporto di lavoro)
- 2) di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.Lvo 03/02/93 n° 28 o dall'art. 508 del D.L.vo n° 297 del 16/04/94 e ss.mm e ii
- 3) di non percepire pensione a qualsiasi titolo o di percepire pensione per ..... erogata da .....per un importo mensile di €.....

### TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO:

- LICENZA MEDIA INFERIORE
- ATTESTATO DI QUALIFICA PROFESSIONALE
- DIPLOMA DI MATURITA' CHE NON DANNO ACCESSO ALL'UNIVERSITA'
- DIPLOMA DI MATURITA' CHE DA ACCESSO ALL'UNIVERSITA'
- DIPLOMA DI LAUREA TRIENNALE IN
- LAUREA SPECIALISTICA IN
- LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO\_

di avere prestato servizio per un periodo: minore anni 3  maggiore anni 3

### 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 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.

### Da allegare: documento di riconoscimento valido e codice fiscale/tessera sanitaria/ultimo cedolino

Il/la sottoscritto/a **chiede** che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul proprio: **C/C Bancario o Postale** – Presso \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_

(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri , è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate)

### Il/la sottoscritto/a **DICHIARA**

- di assumere servizio, in data odierna, presso codesto Istituto Comprensivo IC San Tommaso d'Aquino
- di aver preso visione del codice di comportamento dei dipendenti PA

[https://www.icpriverno.edu.it/web/images/Regolamenti/CCNL\\_schema\\_codice\\_condotta\\_dipendenti\\_pa.pdf](https://www.icpriverno.edu.it/web/images/Regolamenti/CCNL_schema_codice_condotta_dipendenti_pa.pdf)

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali- personale dipendente ai sensi del GDPR

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_