



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "U. Foscolo"**  
 Via settembrini n. 40 - 81030 Cancello ed Arnone (CE)  
 Tel./fax 0823.859072

Al Dirigente Scolastico  
 Istituto Comprensivo Statale  
 "Ugo Foscolo"  
 81030 Cancello ed Arnone (CE)

Oggetto: Presa di servizio A/S .....

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

Docente  T.I.  T.D.

di ..... classe concorso .....

ATA  T.I  T.D.

Qualifica .....

Ultimo servizio prestato presso .....

**DICHIARA DI PRENDERE SERVIZIO**

In data ..... presso questo Istituto Comprensivo per n. ore .....

Al posto di .....

Completa con .....

Per  Immissione in ruolo  trasferimento  supplenza  assegnazione  
 utilizzazione

Cancello ed Arnone, .....

Firma

.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "U. Foscolo"  
Via settembrini n. 40 - 81030 Cancellò ed Arnone (CE)  
Tel./fax 0823.859072

SCHEDE INFORMATIVA PERSONALE DOCENTE E ATA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(C. F. \_\_\_\_\_), residente nel comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in materia,  
in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R 445/2000), sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

che le informazioni di cui sopra corrispondono al vero e si impegna a comunicare tempestivamente  
alla segreteria dell'Istituto Comprensivo "Ugo Foscolo" di Cancellò ed Arnone qualsiasi variazione  
su indirizzo e recapiti.

Cancellò ed Arnone li .....

Firma

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

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

(barrare con la x le sole caselle interessate)

di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ 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 provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, \_\_\_\_\_

IL/ LA DICHIARANTE

### 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 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.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, 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 \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.A. C. " Ugo Foscolo"  
Cancello ed Arnone – (Ce)**

**Oggetto: consenso dell'interessato alla richiesta del datore di lavoro del certificato di cui all'art. 25 bis D.P.R. 313/2002.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_  
, in qualità di \_\_\_\_\_

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO "UGO FOSCOLO", CANCELLO ED ARNONE – (CE)

...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.

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy pubblicata sul sito della scuola.

Cancello ed Arnone, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.A. C. " Ugo Foscolo"**

**Cancello ed Arnone – (Ce)**

**Oggetto: autocertificazione vaccinazioni.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n.\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, in  
qualità di \_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

anti-poliomielitica	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-difterica	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-tetanica	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-epatite B	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-pertosse	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-morbillo	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-rosolia	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-varicella	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
anti-parotite	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>
Anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	non ricordo	<input type="checkbox"/>

**Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy pubblicata sul sito della scuola.

Cancello ed Arnone, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.A. C. " Ugo Foscolo"**

**Cancello ed Arnone – (Ce)**

**Oggetto: autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_

, in qualità di \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, dichiara che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;

che risultano attualmente in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non avere riportato condanne penali;

che a proprio carico risultano essere state emesse le seguenti sentenze, o i seguenti decreti di condanna, ovvero i seguenti provvedimenti di condanna, anche ai sensi dell'art. 444 c.p.p.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**dichiara altresì**

\_\_\_\_\_

*in riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile*

di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600- quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale; che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori; di NON essere

a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

**DICHIARA INFINE** (selezionare solo la voce di interesse)

NON è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

OVVERO

è stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni ...I... 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.

Informati va sulla privacy. Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy pubblicata sul sito della scuola.

Cancello ed Arnone, li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Oggetto: autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008.**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ , nato/a

a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , in servizio

presso \_\_\_\_\_

, in qualità di

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver frequentato i seguenti corsi

<b>Denominazione corso FORMAZIONE</b>	<b>Durata prevista da normativa</b>	<b>Eseguito</b>	<b>Ore frequentate</b>	<b>Concluso in data</b>
<b>Generale lavoratori</b>	<b>4 ore</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		
<b>Specifica lavoratori</b>	<b>8 ore</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		
<b>Preposti</b>	<b>8 ore</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		

<b>Dirigenti</b>	<b>16 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>12 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		—
<b>Somministrazione farmaci</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		—
<b>Uso del defibrillatore</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Addetto antincendio</b>	<input type="checkbox"/> 4 ore - rischio basso <input type="checkbox"/> 8 ore - rischio medio <input type="checkbox"/> 16 ore - rischio elevato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Idoneità tecnica (antincendio)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)</b>	<b>32 ore</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

#### AGGIORNAMENTO

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi 6 anni.

Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento per:

- rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- addetto al servizio di prevenzione e protezione;
- responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

<b>Denominazione corso AGGIORNAMENTO</b>	<b>Durata prevista da normativa</b>	<b>Eseguito</b>	<b>Ore frequentate</b>	<b>Concluso in data</b>
<b>Lavoratori, preposti e dirigenti</b>	<b>6 ore ogni 5 anni</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		
<b>Addetto Antincendio</b>	<input type="checkbox"/> <b>2 ore -rischio basso</b> <input type="checkbox"/> <b>5 ore - rischio medio</b> <input type="checkbox"/> <b>8 ore- rischio alto ogni 3 anni</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		
<b>Addetto primo soccorso</b>	<b>4 ore ogni 3 anni</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		

#### **Informativa sulla privacy**

Si dichiara di aver preso visione della informativa sulla privacy pubblicata sul sito della scuola.

Cancello ed Arnone, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**ISTITUTO COMPrensIVO STATALE "U. FOSCOLO"**  
Via L. Settembrini, 40 - 81030 Cannello ed Arnone (CE)  
Cod. Min.: CEIC818008 - C.F.: 80009710619  
e-mail: [ceic818008@istruzione.it](mailto:ceic818008@istruzione.it)  
pec: [ceic818008@pec.istruzione.it](mailto:ceic818008@pec.istruzione.it)  
[www.icsugofoscolo.edu.it](http://www.icsugofoscolo.edu.it) - Tel./fax 0823/859072



Al docente/ATA \_\_\_\_\_

**Oggetto:** informativa ai sensi dell'art. 1 del Dlgs 152/97, come modificato dall'art. 4 del Dlgs 104/22.

In riferimento a quanto previsto dal D.Lgs. 152/97, come modificato dall'art. 4 del D.lgs 104/2022, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni aggiuntive non espressamente indicate nel contratto di lavoro.

*(barrare solo le informazioni inerenti al personale destinatario del contratto)*

**Luogo di lavoro.** La S.V. è tenuta a svolgere il servizio presso le seguenti plessi/ sedi:

- PERSONALE DOCENTE : come da Assegnazione dei docenti alle classi
- PERSONALE ATA: come da Piano delle attività
- Periodo di prova e formazione** *(solo per i docenti neo assunti)*. In quanto docente neoassunto la S.V. è tenuta a sostenere il periodo di prova e formazione come disciplinato dal DM 226/2022 per tutto il corrente a.s., al termine del quale sosterrà un colloquio innanzi al Comitato di valutazione dei docenti. La S.V. sarà puntualmente informata sulle varie incombenze inerenti alla formazione in periodo di prova e le verrà assegnato un tutor che la seguirà durante tutto il percorso.
- Periodo di prova** *(solo per il personale ATA)*. In quanto neoassunto, ai sensi dell'art. 62 del CCNL 2019/21, la S.V. è tenuta a sostenere il periodo di prova della durata di:
  - 2 mesi *(inquadri nelle Aree di Collaboratore e di Operatore)*;
  - 4 mesi *(inquadri nell'Area di Assistente)*;
  - 6 mesi *(inquadri nell'Area dei Funzionari ed Elevate Qualificazioni)*.

**Formazione in servizio.** La S.V., ai sensi del Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii. artt. nn. 18, 20, 36, 37 ha il diritto/dovere alla formazione sulla Sicurezza della durata di 4 ore per la formazione generale e 8 ore per quella specifica per un totale di 12 ore.

La formazione avrà luogo presumibilmente a partire dal mese di settembre previo verifica della formazione che la S.V. abbia precedentemente già svolta. In merito al tema della Sicurezza la S.V. è tenuta a consultare il sito internet della scuola, nonché la bacheca sicurezza presente in ciascun plesso.

Inoltre la S.V. è tenuta a svolgere la formazione così come:

- deliberata in sede collegiale *(per il personale docente)*
- condivisa nel Piano delle attività del personale ATA *(per il personale ATA)*.

Infine, a norma dell'art. 36 del CCNL 2019/21, alla S.V. è garantito l'accesso alle attività formative come ivi indicate.

**Congedi, ferie e permessi.** La S.V. farà riferimento ai seguenti articoli dei CCNL vigenti:

- artt. da 34 a 38 del CCNL 2019/21;
- art. 13 (cc. da 1 a 13), da 14 a 18, 20 del CCNL 2007;



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "U. FOSCOLO"**  
Via L. Settembrini, 40 - 81030 Cannello ed Arnone (CE)  
Cod. Min.: CEIC818008 - C.F.: 80009710619  
e-mail: [ceic818008@istruzione.it](mailto:ceic818008@istruzione.it)  
pec: [ceic818008@pec.istruzione.it](mailto:ceic818008@pec.istruzione.it)  
[www.icsugofoscolo.edu.it](http://www.icsugofoscolo.edu.it) - Tel./fax 0823/859072



**Recesso anticipato del Contratto.** La S.V., ai sensi dell'art. 2118 del Codice Civile, ha facoltà di rescindere il Contratto di lavoro con decorrenza al 31 agosto immediatamente successivo alla richiesta di recesso ovvero con il preavviso previsto dall'art. 23 del CCNL del 2007.

Lo stesso contratto può essere rescisso dallo scrivente per questioni disciplinari normate:

- agli artt. da 54 a 55-octies del Dlgs 165/01 (*per i docenti*);
- al Titolo V – Parte Comune del CCNL del 2019/21 (*per gli ATA*).

**Modalità di pagamento della prestazione lavorativa.** Alla S.V. è dovuta una retribuzione come indicata nel Contratto di lavoro. Il portale che le fornisce tutti i dati dei pagamenti e gli statini paga è <https://noipa.mef.gov.it/cl/it/web/guest/home>.

**Programmazione dell'orario di lavoro.** Di seguito le informazioni relative agli orari di lavoro:

- 25 ore settimanali ( docente scuola dell'infanzia);
- 24 ore settimanali (di cui ore 2 di programmazione – docente scuola primaria);
- 18 ore settimanali ( docente scuola secondaria di primo grado);
- altro \_\_\_\_\_(spezzone/part-time – ordine di scuola \_\_\_\_\_);
- 36 ore settimanali ( personale ATA);

articolati in cinque giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive/lavoro straordinario.

**Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) e Contratto integrativo di Istituto.** I contratti Nazionali collettivi vigenti, con l'indicazione dei firmatari sono riportati sul sito Internet parimenti al Contratto integrativo di Istituto vigente.

**Gli Enti e istituti che ricevono i contributi previdenziali e assicurativi dovuti dal datore di lavoro** sono puntualmente indicati sullo statino paga. Nello specifico:

- I contributi previdenziali e assistenziali sono versati all'INPS e al Fondo Credito per i dipendenti pubblici;
- l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è stipulata presso l'INAIL.

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Annamaria Verile**  
(firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)

data e firma del lavoratore per ricevuta

Cannello ed Arnone, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---