

 **LICEO STATALE “REGINA MARGHERITA”**

**Scienze Umane – Linguistico – Scientifico**

**Liceo delle Scienze Umane; Liceo delle Scienze Umane opzione Economico Sociale**

**Liceo delle Scienze Umane con curvatura Teoria e Tecnica della Comunicazione**

**Liceo Linguistico; Liceo Scientifico; Liceo Scientifico opzione Scienze Applicate**

Via Cuomo n.6 84122 SALERNO; Tel.: 089224887; fax: 089250588

Cod. mecc. SAPM050003; C. F. 80027420654; Ambito 23

e-mail: *sapm050003@istruzione.it*; PEC: *sapm050003@pec.istruzione.it*; *www.reginamargherita.edu.it*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

…l… sottoscritt…………………………………………………………nat..a…………………………………………..

il……………… residente a…………………………………………..via………………………………………..n…….

telefono fisso……………………………………… cellulare……………………………………………………………

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

D I C H I A R A

* di essere nato/ a in ………………………………………………………………………..il ………………………….
* Di essere residente in …………………………………………………………………………………………………..
* Di essere domiciliato presso……………………………………………………………………………………………
* 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 tutolo siano cittadini italiani.
* Di godere dei diritti politici;
* Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di m9isure 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
* Di essere ………………………………. (indicare lo stato civile).
* Di essere nella seguente posizione agli effetti militari ………………………………………………………………...
* Che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n. | COGNOME E NOME | NASCITA | RAPPORTO CON IL DICHIARANTE |
| LUOGO | DATA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Di essere in possesso del seguente titolo di studio …………………………………………….conseguito il ….……………………………rilasciato da…………………………………………. votazione…………………………
* Di essere in possesso del seguente codice fiscale……………………………………………………………………..
* di prestare servizio nel corrente anno scolastico in altre scuole come sotto specificato:

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ ore sett.li

classe di concorso…………………….

11) di avere effettuato l’ultimo servizio nell’anno scolastico……………….. presso………………………………….

* ai fini della maturazione e/o liquidazione delle ferie di trovarsi al ( ) 1^ ( ) 2^ ( ) 3^ ( ) oltre il 3^ anno di servizio (barrare la voce che interessa)
* Di possedere le seguenti abilitazioni:

………………………………………………………………………………………………………………………………

* Di essere/non essere in possesso della verifica dei titoli effettuata da parte dell’istituto ……..………………………………………………… (scuola capofila per i docenti)
* di essere incluso nella graduatoria ……………………………………………………. Alla posizione n. …………….. con punti…………
* Che la propria ASL di appartenenza è………………………………………………………………………………….
* Di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza
* Modulo base (ore 4) svolto presso…………………………………….………………………………………..
* Moduli specifici (ore 8) svolti presso……………………………….…………………………………………..
* Altra formazione (pronto soccorso – antincendio ecc)…………………………………………………………
* la seguente modalità di pagamento per l’accredito degli emolumenti:

Codice iban

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Banca/posta……………………………………………………Agenzia…………………………………………………

* di esercitare la libera professione (per l’attività di…………………………………………………………..) e pertanto ai sensi dell’art 508 comma 15 l’autorizzazione alla S.V. come da modello allegato;
* di non poter assumere servizio per il seguente motivo:
* interdizione anticipata per gravi complicanze della maternità d.Lvo n. 151/01,
* congedo obbligatorio per maternità,
* per mandato amministrativo regionale o parlamentare etc. presso………………………………………. Non retribuito,
* per aspettativa non retribuita per carica sindacale conferita dal Comune di…………………………………..
* per dottorato di Ricerca/borsa di studio presso…………………………………………………………………
* altro……………………………………………………………………………………………………………..
* di aver diritto alla riduzione di orario per allattamento avendo un/una figlio/a nat\_\_ il ………………………………………e pertanto inferiore a un anno,
* di fruire ad oggi dell’indennità di maternità giornaliera ai sensi dell’art 22 del D.Lvo 151/2001 retribuita dalla Direzione Territoriale dell’Economie e delle Finanze di……………………………………….. a seguito di contratto stipulato dall’Istituto……………………………. con copertura giuridica fino al……………………………………
* essere stato messo a conoscenza degli adempimenti da porre in essere ai fini previdenziali ed assistenziali;
* essere stato messo a conoscenza degli adempimenti inerenti la possibilità di esercitare il diritto di riscattare/o ricongiungere periodi o servizi,
* di avere ricevuto l’informativa inerente al trattamento dei dati personali, cosi come previsto dall’art. 13 del D.lvo 30.06.2003 n. 196 e successive modificazioni.

Comunica inoltre:

* Indirizzo posta elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indirizzo Posta elettronica certificata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Infine si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello.

**Si allegano in copia: documento di identità e codice fiscale**

data ……………………… (il/la dichiarante)

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