ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica
Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 1276411 - Fax 0432 501675
email:UDIC843002@istruzione.it
Pec:udic843002@pec.istruzione.it ***sito:***http://4.icudine.it/
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

PROT. ENTRATA N. .....
PROT. USCITA N. .....
POSIZIONE .....
RIC. IL .....
==========
SPAZIO RISERVATO all'UFFICIO

In Sostituzione di .....

A.S. 2026/2027

ASSUNZIONE IN SERVIZIO

IL/LA SOTTOSCRITTO _____
NATO/A A _____
IL _____ CAP _____
RESIDENTE A _____ CAP _____
IN VIA _____
EVENTUALE DOMICILIO DIVERSO DALLA RESIDENZA:
_____
TEL. FISSO _____ CELL. _____
E-MAIL _____

D I C H I A R A

DI ASSUMERE SERVIZIO IN DATA ODIERNA IN QUALITA' DI:

☐ DOCENTE ☐ ATA ☐ AA ☐ COLL. SCOL.

☐ Infanzia _____
☐ Primaria _____
☐ Secondaria I grado _____
❑ CLASSE DI CONCORSO _____

CON CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO A:

❑ TEMPO INDETERMINATO _____
❑ TEMPO DETERMINATO _____ ORARIO SETT.LE _____

☐ TERMINE LEZIONI ☐ 30/06/2027 ☐ 31/08/2027

❑ (NEO-RUOLO)

❑ TITOLARITA' _____
❑ TRASF. DA _____
❑ IN ASSEGNAZIONE PROV. TITOLARITA': _____
❑ UTILIZZO TITOLARITA' _____

ALTRA SCUOLA DI SERVIZIO: _____

TRE ANNI DI SERVIZIO GIA' SVOLTO: ☐ SI ☐ NO

ULTIMA SEDE DI SERVIZIO SVOLTO: _____
DAL _____ AL _____

UDINE, _____ FIRMA_____

ALLEGA:
N. 1 FOTOCOPIE DOCUMENTO D'IDENTITA'; CODICE FISCALE CODICE IBAN

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR 445 del 2.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
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

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente in _____ via _____
- 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 titolo siano cittadini italiani)
- 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 _____
  rilasciato da _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
- di non aver riportato condanne penale 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 provvedimento amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Data, _____ Il dichiarante _____

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

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 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.

...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 _____

...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.

Data __/__/____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

RESA EX ART. 2 DEL D.LGS. 39/2014

(Art.46, co.1, lett.aa, D.P.R. n.445/2000)

Il/la sottoscritto/a_____,

nato/a a_____, il_____,

residente a_____in via_____n._____,

consapevole delle sanzioni penali e civili sancite dall'art.76, D.P.R. n.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

- visto l'art. 2 del D.Lgs. 39/2014;
- viste le lettere aa) e bb) dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000;

D I C H I A R A

- ☐ di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli artt.600 *bis*, 600 *ter*, 600 *quater*, 600

quinquies e 609 *undecies* del Codice penale;

- ☐ di non essere sottoposto a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contattidiretti 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 sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato in relazione all'informativa di cui all'art.13, D.Lgs. n.196/2003, e di autorizzare il trattamento dei dati ivi riportati per le finalità di cui all'art.2, D.Lgs. n.39/2014, ai sensi dell'art.21, D.Lgs. n.196/2003.

Allegato: fotocopia di un documento di identità.

Data_____

_____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)

INFORMAZIONI CONTABILI

Cognome_____**Nome** _____

Codice fiscale

☐ TITOLARE DI SPESA FISSA (n. partita _____)

☐ NON TITOLARE DI SPESA FISSA

Il/la sottoscritt__ , a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in materia in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

che desidera riscuotere lo stipendio con le seguenti modalità:

☐ Accreditamento sul ccb

☐ Accreditamento sul ccp

☐ Riscossione diretta presso l'ufficio postale di_____

☐ _____

CODICE IBAN

Cineuro	Cin Italia	Codice ABI	Codice CAB	Numero di Conto corrente

Udine, _____ Firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica
Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

Al dipendente

OGGETTO: informativa di cui all'art. 1 del D.Lgs. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs.n. 104/2022.

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____ , si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

a) è prevista una formazione obbligatoria per la sicurezza, che sarà erogata a cura e spese del datore di lavoro;
b) la durata delle ferie
   - per il personale a tempo indeterminato/determinato è pari a 30 giorni lavorativi (meno di tre anni di servizio) e 32 giorni lavorativi (più di tre anni di servizio) più quattro giorni per festività soppresse;
   - per il personale a tempo determinato le ferie sono proporzionate al servizio prestato e devono essere richieste durante i periodi di sospensione delle lezioni o negli altri periodi consentiti dalla Legge n. 228/2012 (cfr. in particolare l'art. 1, c. 54 - 55 -56), come precisato dalle Note del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 32937 del 6/8/2012 e n. 40033 del 8/10/2012 (qualora tali richieste non venissero presentate, il dipendente perde il diritto al godimento delle ferie stesse o al pagamento della relativa indennità sostitutiva);
   - Per il personale che lavora tempo parziale i giorni di ferie sono proporzionati alla prestazione lavorativa.
c) sono previsti permessi per motivi personali e concorsi ed esami, retribuiti solo per personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nonché altre tipologie di permessi e congedi previsti da particolari disposizioni di legge e/contrattuali;
d) le assenze per malattia sono soggette a periodo di comporto;
e) i termini per il recesso da parte del datore di lavoro sono i seguenti: 2 mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a 5 anni; 3 mesi per i dipendenti con anzianità di servizio fino a 10 anni; 4 mesi per i dipendenti con anzianità di servizio oltre 10 anni.
f) il dipendente a tempo indeterminato deve comunicare il recesso nei termini previsti annualmente con decreto del Ministero dell'Istruzione;
g) il dipendente a tempo determinato, in caso di recesso, incorre nelle sanzioni previste dal decreto ministeriale sul conferimento delle supplenze al personale della scuola;
h) il contratto collettivo applicato è quello del comparto "Istruzione e Ricerca" sottoscritto il 19/04/2018 dall'ARAN e dalle OO.SS. FLC-CGIL, CISL Scuola, Fed. UIL, Scuola RUA, SNALS CONFSAL e Fed. GILDA UNAMS.
i) il vigente contratto d'istituto è stato sottoscritto in data 26/05/2023 e sottoscritto dal datore di lavoro e dalle RSU d'Istituto (Gilda, GCGIL, SNALS) e dalle OO.SS (SNALS, ANIEF, CISL) ;
j) i contributi previdenziali e assistenziali sono versati dal datore di lavoro all'INPS e al Fondo Credito per i dipendenti pubblici. Tutti i dipendenti sono assicurati presso l'INAIL, contro gli infortuni di lavoro.

NOME E COGNOME ---------- FIRMA ----------

MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 BIS DEL D.P.R. 313/2002

Il/la sottoscritt __ _____

nat __ il _____ a _____

(se nato all'estero indicare anche lo Stato) _____

Sesso: Maschile Femminile

Codice fiscale _____

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo IV Udine – C.F. 94127310301 – UDIC843002

Allego fotocopia non autenticata del mio documento di riconoscimento

Data _____

Firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

Prot. nr. (vedi segnatura) data: (vedi segnatura)

Oggetto: Informativa di cui all'art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 104/2022

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data _____, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

a) il luogo di lavoro assegnato è **I.C. UDINE IV – PLESSO ASSEGNATO: _____**

b) la sede legale del datore di lavoro è **VIA PRADAMANO, 21 – 33100 UDINE**

c) Per il personale docente neo-immesso in ruolo con contratto a tempo indeterminato o con contratto a tempo determinato di durata annuale finalizzato al ruolo, la durata del periodo di prova è di un anno scolastico, nel quale devono essere prestati almeno 180 giorni di servizio genericamente valido, dei quali 120 di effettiva attività didattica, oltre a tutte le attività formative previste

Per il personale ATA neo – immesso in ruolo la durata del periodo di prova è di *due mesi per collaboratori scolastici, quattro mesi per assistenti amministrativi e assistenti tecnici.*

d) la retribuzione sarà corrisposta, di regola, mensilmente tramite il sistema NoiPA mediante accredito su conto corrente bancario o postale

e) ***Per il personale docente*** l'orario normale di lavoro è di _____ore settimanali, articolati in **cinque** giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive.

Per il personale ATA l'orario normale di lavoro è di _____ore settimanali, articolati in **cinque** giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive / lavoro straordinario.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giacometti Giorgio

NOME E COGNOME DEL LAVORATORE

_____

_____ firma del lavoratore per ricevuta

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo IV – UDINE

Oggetto: Dichiarazione assolvimento **formazione obbligatoria Testo Unico 81/2008**

..l.. sottoscritt….. ……. in servizio nell'anno scolastico 2026/2027 presso l'Istituto Comprensivo IV - UDINE
Plesso di: ……. Scuola (infanzia/primaria/media) ……..…

DICHIARA

la propria posizione rispetto al completamento del percorso di **formazione obbligatoria del personale** della scuola in materia di tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro (Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 e successivi e 7/7/2016):

Seg-mento	Tipo di formazione	durata	Completamento percorso	
I	Formazione generale	n. 4 ore on-line su piattaforma o in presenza + esame finale	SI ☐	NO ☐
Se SI indicare presso quale Istituto ha svolto il percorso: …… (Allega copia attestato)				

Seg-mento	Tipo di formazione	durata	Completamento percorso	
II	Formazione specifica	n. 8 ore in presenza + esame finale	SI ☐	NO ☐
Se SI indicare presso quale Istituto ha svolto il percorso: …… (Allega copia attestato)				

Seg-mento	Tipo di formazione	durata	Completamento percorso	
III	Formazione specifica aggiuntiva dei preposti	n. 5 ore on-line su piattaforma + n. 3 ore in presenza (oppure 8 ore in presenza) + esame finale	SI ☐	NO ☐
Se SI indicare presso quale Istituto ha svolto il percorso: …… (Allega copia attestato)				

Data, …….. Firma, ……..

FORMAZIONE FIGURE SENSIBILI

..l.. sottoscritt….. ……. in servizio nell'anno scolastico 2026/2027 presso l'Istituto Comprensivo IV - UDINE

Plesso di: …….. Scuola (infanzia/primaria/SSPG) ……..…

ALLEGA

I seguenti attestati per la formazione:

☐ PRIMO SOCCORSO

☐ ANTINCENDIO - Rischio: …….

☐ BLSD (Basic Life Support Defibrillation)

……..
(data)

……..
(firma)