

Comunz di Cellamare

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
Nicola RONCHI

Piazza Risorgimento, n.c. Cellamare (BA)  
Tel./Fax 0804656969

E mail: baic804003@istruzione.it - [www.istitutoronchi.it](http://www.istitutoronchi.it)

c.m. BAIC804003

c.f. 93249440723

OGGETTO: ASSUNZIONE IN SERVIZIO a.s. 2015/2016  
Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (DPR 45/2000 art.45 e 47)

Cognome MINCARONE Nome COSIMO

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di assumere effettivo servizio in data \_\_\_\_\_

per l'insegnamento di ARTE E IMMAGINE  T.I.  T.D. CL. CONC. \_\_\_\_\_  
(personale docente)

per il profilo di \_\_\_\_\_  T.I.  T.D.  
(personale ATA)

di essere nato a CONVERSANO (BA) il 06/03/75

di essere residente nel Comune di CONVERSANO (Prov.)... BA

in via C. DE' FOGGIALI BOSCHETTO-TURCI n. 1/A (BA) CAP 70014  
telefono fisso --- Cell. 328.8123013

SL di competenza \_\_\_\_\_

di essere domiciliato a (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (....) CAP \_\_\_\_\_

telefono fisso --- Cell. \_\_\_\_\_

SL di competenza \_\_\_\_\_

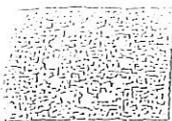
codice fiscale MINCICISMI711010101917151R

partita IVA \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail MINCOMIN@GMAIL.COM

certificata (PEC) COSIMOMINCARONE@ARCHIWORLDPEC.IT

di essere stato assunto con contratto a tempo  indeterminato  determinato



UNIONE EUROPEA

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per il Management della Scuola  
Dipartimento per gli Affari Internazionali  
Dipartimento per la Programmazione, lo Sviluppo e la Ricerca  
Dipartimento per l'Informazione e la Comunicazione  
Dipartimento per l'Innovazione e la Ricerca Scientifica  
Dipartimento per la Qualità e l'Accreditamento  
Dipartimento per la Ricerca e lo Sviluppo  
Dipartimento per la Sicurezza e la Protezione Civile  
Dipartimento per la Strutturazione e la Programmazione  
Dipartimento per la Tecnologia e l'Innovazione  
Dipartimento per la Valutazione e l'Accreditamento  
Dipartimento per la Vigilanza e il Controllo

MIUR

- Titolarità.....
- Trasferimento da.....
  - Assegnazione Provvisoria da.....
  - Utilizzo da.....
  - Immissione in Ruolo dal.....
  - Altro (specificare).....
  - Sede di servizio: ..... h ..... sett.li
  - Orario completamento con :

- ..... - h ..... sett.li - orario spezzone
- ..... - h ..... sett.li - orario spezzone
- ..... - h ..... sett.li - orario spezzone

Di aver prestato meno di tre anni di servizio a qualsiasi titolo alla data del 31/08/20\_\_\_ (indicare l'anno precedente)

Di aver prestato almeno tre anni di servizio a qualsiasi titolo alla data del 31/08/20\_\_\_ (indicare l'anno precedente)

di essere titolare della partita di spesa fissa n° .....

di essere inserito nella graduatoria di \_\_\_\_\_ al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ scuola capofila \_\_\_\_\_

che il giorno precedente all'assunzione in servizio presso questo istituto (giorno \_\_\_\_\_) non era coperto da nessun altro contratto di lavoro ed era in servizio presso \_\_\_\_\_

di essere cittadino ITALIANO

di godere dei diritti civili e politici;

di essere: coniugato con \_\_\_\_\_

che la famiglia convivente è composta come risulta dal seguente prospetto

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

di essere già iscritto al Fondo Espero

di non essere iscritto al Fondo Espero

La sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del DPR 600/73 successive modificazioni e si impegna a comunicare tempestivamente all'istituto le variazioni alla suindicata situazione.

di essere in possesso del seguente titolo di studio dichiarato per l'accesso all'impiego:

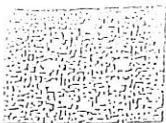
Laurea : (denominazione corso di laurea/tipologia/numero anni) LAUREA IN ARCHITETTURA (V.O.)

Diploma: (denominazione diploma/tipologia/numero anni) \_\_\_\_\_

Altro : (qualifica ecc... tipologia/numero anni) \_\_\_\_\_

data di conseguimento 18/05/2009 presso D.S. DI NAPOLI "FEDERICO II" votazione 110/110 e lode

di essere in possesso dei requisiti previsti della L. 104 del 05/02/1992 e successive modifiche e integrazioni:  sì  no (compilare il modello specifico)



UNIONE EUROPEA

di non avere rapporti di pubblico impiego o privato e di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.L.vo 02/02/93 n° 23 o dall'art. 503 del D.L.vo n° 297 del 15/04/94;

X di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

X di non aver riportato condanne penali per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

X di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

COMUNICA

la seguente modalità di pagamento per l'accredito degli emolumenti: CONTO CORRENTE (IBAN)

Paese	Cin Eur	cin	ABI	CAB	Numero c. c.	Banca/Posta	Agenzia

di aver partecipato ai seguenti corsi di formazione in materia di sicurezza:

PREPOSTO (ORE E ANNO DI FORMAZIONE) \_\_\_\_\_

RLS (ORE E ANNO DI FORMAZIONE) \_\_\_\_\_

ANTINCENDIO (ORE E ANNO DI FORMAZIONE) \_\_\_\_\_

PRIMO SOCCORSO (ORE E ANNO DI FORMAZIONE) \_\_\_\_\_

DEFIBRILLATORE (ORE E ANNO DI FORMAZIONE) \_\_\_\_\_

di aver preso visione di quanto segue:

1. Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, sul sito dell'Istituto
2. Norme sulla sicurezza indicata sul sito dell'Istituto

Indirizzo E-MAIL d'Istituto: [baic804003@istruzione.it](mailto:baic804003@istruzione.it) [baic804003@pec.istruzione.it](mailto:baic804003@pec.istruzione.it)

Questo indirizzo e-mail sarà utilizzato dall'Istituto per tutte le comunicazioni scolastiche.

Si allega:

1. copia documento d'identità
2. copia del codice fiscale
3. copia del cedolino stipendio

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

EUAMARE 22/07/25  
luogo: data

IL DICHIARANTE

Rossini Aureliano

attesta che l'assunzione in servizio è avvenuta il giorno \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Il Dirigente Scolastico

