

OGGETTO : UFFICIO IMMISSIONI IN RUOLO DOCENTI SCUOLA SECONDARIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (AUTOCERTIFICAZIONE)

DA PRESENTARE **DOPO** L'AVVENUTA ASSUNZIONE IN SERVIZIO :
DAL **01/09/2021** ED **ENTRO** E **NON OLTRE** IL **30/09/2021** (PENA DECADENZA DAL RUOLO)

(Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 "Testo Unico" delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dagli artt 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale (artt. 476 e ss. C.p.) e delle leggi speciali in materia.

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

residente in _____ CAP _____ Via _____ N° _____

domiciliato/a in _____ CAP _____ Via _____ N° _____

Recapito telefonico: _____ oppure _____

Indirizzo E-Mail _____

CODICE FISCALE: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

assunto/a con contratto a tempo indeterminato per la Scuola Secondaria di 1° grado oppure 2° grado

per la classe di concorso: _____ - _____
(CODICE) (DENOMINAZIONE CLASSE DI CONCORSO)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA di (**BARRARE CON UNA "X" LE CASELLE CHE INTERESSANO**)

- 1) essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / _____
- 2) essere in possesso della **cittadinanza** italiana;
 essere in possesso della cittadinanza del seguente paese facente parte dell'Unione Europea: _____
 essere familiare, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, di cittadino italiano o di cittadino del seguente paese facente parte dell'Unione Europea: _____
 essere titolare di un permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o essere titolare dello status di rifugiato o dello status di protezione umanitaria;
- 3) essere iscritto/a nelle **liste elettorali** del Comune di _____ Prov. _____
 NON essere iscritto/a per i seguenti motivi: _____
- 4) essere nella seguente posizione nei confronti degli **obblighi di leva**:
 svolto presso _____ Prov. _____ dal _____ al _____
(Indicare Sede Distretto Militare)
 ESONERATO o **RIFORMATO** : _____ Prov. _____ nell'anno _____
(Indicare Sede Distretto Militare della Visita Medica effettuata)
 MILITE ESENTE **SERVIZIO DI LEVA NON PIU' OBBLIGATORIO**
- 5) NON aver riportato **condanne penali** o applicazioni della pena su richiesta (patteggiamento);
 aver riportato le seguenti condanne penali _____
- 6) NON aver riportato **condanne penali** in riferimento ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del Codice Penale;
 aver riportato le seguenti condanne penali _____
- 7) NON aver **procedimenti penali pendenti**;
 avere i seguenti procedimenti penali pendenti: _____
- 8) NON essere stato/a, nei 5 anni precedenti, **destituito/a, licenziato/a o decaduto/a** dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'assunzione mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile oppure per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

- essere stato/a nei 5 anni precedenti (*indicare fattispecie e profilo*) _____
- 9) NON essere stato/a, nei 5 anni precedenti, **destituito/a** o **licenziato/a** da una pubblica amministrazione per giustificato motivo soggettivo o giusta causa;
 essere stato /a nei 5 anni precedenti (*indicare fattispecie e profilo professionale*) _____
- 10) NON essere incorso/a, nei 5 anni precedenti, nella **risoluzione** di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato per mancato superamento del periodo di prova o in applicazione dell'art. 32 quinquies c.p. (*casi nei quali alla condanna consegue l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego*);
 essere incorso/a nella risoluzione (*indicare fattispecie, profilo e data*) _____
- 11) NON essere incorso/a nel **provvedimento disciplinare** della sospensione in un rapporto di pubblico impiego
 essere incorso/a nel provvedimento disciplinare della sospensione in un rapporto di pubblico impiego
 (Indicare l'amministrazione che ha irrogato la sanzione, il profilo professionale di riferimento e la durata della sospensione. Indicare anche se la sanzione della sospensione è in corso al momento della redazione della presente dichiarazione)

- 12) essere in possesso dei seguenti **TITOLI DI STUDIO**:
- DIPLOMA** di _____ presso l'Istituto _____
 luogo _____ Prov. _____ nell'a. s. _____ / _____ con votazione _____ / _____
- Se diploma di Istituto Arte indicare la sezione: _____
 - Se diploma di Conservatorio indicare lo strumento: _____
- LAUREA** in _____ facoltà di _____
 (Indicare con X la casella che interessa: VECCHIO ORDINAMENTO - MAGISTRALE - TRIENNALE - SPECIALISTICA)
 presso l'Università di _____ Prov. _____ **CODICE LAUREA:** _____
 (Vale SOLO per Magistrale, Triennale e Specialistica)
 in data ____ / ____ - / ____ nell'anno accademico ____ / ____ con votazione ____ / ____
- 13) essere in possesso dell'**ABILITAZIONE** all'insegnamento conseguita con (indicare con una X la voce che interessa)
- Concorso: _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Estremi bando: Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- Concorso Riservato: _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Estremi bando: Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- Concorso Straordinario per Titoli: _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Estremi bando: Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- Corso Speciale Abilitante: _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Estremi bando: Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- SSIS Annuale- _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ | | | | |, | | | | / | | | | |
 Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- SSIS Biennale- _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ | | | | |, | | | | / | | | | |
 Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
 _____ / _____ - _____ / _____
 Dall'anno accademico All'anno accademico
- T.F.A. _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- P.A.S. _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- ALTRO: _____ - _____ Prov. _____ - ____ / ____ / ____ - | | | | |, | | | | / | | | | |
 Indicare il tipo Sede e Ente Certificatore Data conseguimento Votazione
- 14) aver conseguito il diploma di **SPECIALIZZAZIONE DI SOSTEGNO** per l'insegnamento agli alunni diversamente abili, nella provincia di _____ (_____) presso _____
 _____ con votazione _____ / _____ data conseguimento ____ / ____ / ____

Consapevole del fatto che i requisiti devono sussistere sia al momento della data di scadenza del termine per la presentazione delle domande che a quello dell'assunzione SI IMPEGNA a comunicare, tempestivamente, all'Amministrazione provinciale ogni modifica relativa alla presente dichiarazione.

In fede,

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'