

Pulisci campi

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE SERVIZIO

Il / La sottoscritto/a

Nato/a a () il ,

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero,

DICHIARA

di ASSUMERE SERVIZIO presso codesto Istituto nell'a.s. in data a
seguito:

- Nomina Provveditore
- Nomina Dirigente Scolastico
- Nomina Curia Vescovile
- Proroga contratto
- Partecipazione scrutini
- Partecipazione esami

In qualità di :

<input type="checkbox"/> Docente sc. infanzia	<input type="checkbox"/> posto comune	<input type="checkbox"/> sostegno	Ore sett.li
<input type="checkbox"/> Docente sc. primaria	<input type="checkbox"/> posto comune <input type="checkbox"/> posto lingua inglese	<input type="checkbox"/> sostegno	Ore sett.li Ore sett.li
<input type="checkbox"/> Docente sc. second.	Cl. connc.		Ore sett.li
<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Inf.	<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Prim.	<input type="checkbox"/> Docente IRC Sc. Sec.	Ore sett.li
<input type="checkbox"/> Personale ATA	Profilo		Ore sett.li
<input type="checkbox"/> Docente a tempo indeterminato a seguito di conferma in ruolo il			
<input type="checkbox"/> Docente a tempo indeterminato a seguito di trasferimento da			
<input type="checkbox"/> Doc. a tempo det. fino al in sostituzione di			

data

firmato il dipendente

DICHIARAZIONI CONTABILI

• **DETRAZIONI D'IMPOSTA**

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 23 del D.P.R. 29/09/1973 n. 600 e successive modificazioni

Il/La sottoscritto/a

C.F.

N° PARTITA SPESA FISSA

Stato civile:	<input type="radio"/> celibe/nubile	<input type="radio"/> coniugato/a	<input type="radio"/> divorziato/a
	<input type="radio"/> separato/a legalmente ed effettivamente	<input type="radio"/> vedovo/a	

DICHIARA

di aver diritto alle seguenti detrazioni dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall'art. 12 del DPR 917/86 e successive modificazioni e integrazioni e di inserirle nel Portale NOIPA

<input type="checkbox"/> coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato				
<input type="checkbox"/> figli a carico con età inferiore ai tre anni n. <input type="text"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> figli a carico con età superiore ai tre anni n. <input type="text"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> altre persone a carico n. <input type="text"/>	<input type="radio"/> handicap	<input type="radio"/> al 100 %	<input type="radio"/> al 50 %	<input type="radio"/> al <input type="text"/> %

• **ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE**

DICHIARA di aver non aver diritto all'assegno per il nucleo familiare. (Allegare documentazione)

• **MODALITA' DI PAGAMENTO DELLO STIPENDIO**

Accreditamento sul c/c bancario (si allega il relativo modello)

Id. Naz.	Cin E	Cin	ABI	CAB	N° C/C
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Accreditamento sul c/c postale Agenzia di

Id. Naz.	Cin E	Cin	ABI	CAB	N° C/C
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **AI FINI DEL T.F.R. :**

non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all' I.N.P.D.A.P. nel giorno precedente

ha prestato servizio presso

dal al

• **AI FINI DEL COMPENSO FERIE :**

dichiara di avere meno di tre anni di servizio

dichiara di avere più di tre anni di servizio

firmato il dipendente