

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 445/2000 e successive modificazioni)

Il/la sottoscritto/a

NOME _____

COGNOME _____

assunto presso l'IC Secondo Milazzo in qualità di

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 a _____ il _____

di essere residente a _____ prov. (_____)

in Via _____ N° civico _____ C.A.P. _____

di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza)

_____ (_____) in

Via _____ N° civico _____ C.A.P. _____

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);

che la famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone:

COGNOME E NOME	PARENTELA	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo Conto Corrente (indicare se bancario o postale):

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

DICHIARA

- che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante;

ovvero,

- che risultano attualmente in corso nei propri confronti i seguenti procedimenti penali, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti:
- di non avere riportato condanne penali;

ovvero,

- che a proprio carico risultano essere state emesse le seguenti sentenze, o i seguenti decreti di condanna, ovvero i seguenti provvedimenti di condanna, anche ai sensi dell'art. 444 c.p.p.:

.....

dichiara altresì

in riferimento all'entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile:

- di non avere condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale;
- che non gli/le sono state irrogate sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti 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 a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Infine si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi modificazione che dovesse intervenire in itinere rispetto a quanto dichiarato con il presente modello

Il/la sottoscritto/a, 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.

Si allegano in copia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

Milazzo, _____

Firma _____

Oggetto: Autocertificazione e rilevazione formazione in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro - D. Lgs. 81/2008

Il/la sottoscritto/a

NOME _____

COGNOME _____

assunto presso l'IC Secondo Milazzo in qualità di

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

DICHIARA

- di aver preso visione della documentazione pubblicata sul sito dell'Istituto della sicurezza e dell'organigramma della sicurezza;
- di aver frequentato i seguenti corsi in materia sicurezza sui luoghi di lavoro (barrare la voce che interessa):
 - formazione generale di durata pari a 4 ore, ai sensi dell'art. 37 Dlgs 81/2008;
 - formazione sui rischi specifici di durata pari a 8 ore, ai sensi dell'art. 37 Dlgs 81/2008;
 - formazione per RSPP (Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione), ai sensi dell'art. 32 Dlgs 81/2008;
 - formazione per ASPP (Addetto Servizio di Prevenzione e Protezione), ai sensi dell'art. 32 Dlgs 81/2008;
 - formazione per RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza), ai sensi dell'art. 37 Dlgs 81/2008;
 - formazione per Preposto, ai sensi dell'art. 37 Dlgs 81/2008;
 - formazione per Dirigente, ai sensi dell'art. 37 Dlgs 81/2008;
 - formazione per Addetto Antincendio;
 - formazione per Addetto Primo Soccorso;

Per ogni corso frequentato e per l'eventuale relativo aggiornamento è necessario presentare la copia dell'attestato presso l'Ufficio di Segreteria.

Milazzo, _____

Firma _____