

Istituto Comprensivo di Castell'Alfero

Via Casale, 97 - 14033 Castell'Alfero (AT)

Tel.: 0141.204172

e-mail: atic80500p@istruzione.it Sito internet: www.iccastellalfero.edu.it

indirizzo p.e.c.: atic80500p@pec.istruzione.it

C. Fisc. 92040360056 - C.M. ATIC 80500P

ASSUNZIONE IN SERVIZIO - ANNO SCOLASTICO _____

II/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via _____

Domicilio _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

A.S.L. di competenza nr. _____ di _____

Titolo di studio _____

II/La sottoscritto/a

- ☐ dichiara di essere già iscritto/a al Fondo Scuola Espero dal _____
- ☐ di non essere iscritto/a al Fondo Scuola Espero

DICHIARA DI ASSUMERE SERVIZIO IN DATA _____

Presso la sede di _____ per ore _____

Accreditamento bancario/postale:

codice iban: _____

ABI _____ (Banca _____)

CAB _____ (Filiale _____)

C/C _____

Ultima sede di servizio _____

dal _____ al _____

Data _____

Firma _____



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 _____
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 penali 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 _____

**MODELLO PER LA RICHIESTA DEL CERTIFICATO PENALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE DA
PARTE DEL DATORE DI LAVORO (art. 25 bis DPR 313/2002)**

=====

**CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO
DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 BIS DEL DPR 313/2002**

Il/la sottoscritto/a _____

nat. il ____ / ____ / ____ in _____

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

Codice fiscale _____

presta il proprio consenso alla richiesta del certificato di cui all'articolo 25 bis del DPR 313/2002
e al trattamento dei dati giudiziari da parte del datore di lavoro

(data) _____ (firma) _____

Informativa estesa sulla sicurezza – Presa di servizio docenti e ATA
Documento informativo ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e normativa vigente;
consegnato in sede di presa di servizio.

Dati del dichiarante

- **Cognome e Nome:**
- **Scuola di appartenenza:**
- **Classe di concorso / Qualifica (Docente o ATA):**

1) Materiale informativo consegnato

Il/La sottoscritto/a prende atto di aver ricevuto i seguenti materiali informativi:

- **“Scuole Sicure”** – pubblicazione della Rete delle Scuole di Asti;
- **Manuale “BLSD – uso del DAE”.**

Valenza dei materiali

- Le suddette pubblicazioni **sostituiscono e integrano l'informazione dovuta** ex art. 36 del D.Lgs. 81/2008 e costituiscono **supporto propedeutico** alla formazione che seguirà a breve.
- I temi trattati sono **analoghi** a quelli previsti nella **prima lezione del corso di formazione generale (durata 4 ore)** erogato in **modalità asincrona** e comprendono, a titolo esemplificativo: ruoli e responsabilità (Datore di lavoro, RSPP, RLS, preposti), organizzazione della prevenzione a scuola, procedure di emergenza ed evacuazione, segnalazione dei pericoli, comportamenti sicuri in aula/laboratorio/palestra, elementi di primo soccorso e **utilizzo del DAE**.

2) Divieto di assunzione di sostanze alcoliche e psicotrope – Informativa e dichiarazione di consapevolezza

Quadro normativo di riferimento

- Normativa vigente in materia di salute e sicurezza (**D.Lgs. 81/2008**),
- **Legge 125/2001** (problemi alcolcorrelati),
- **Accordi Stato-Regioni e provvedimenti attuativi** in tema di formazione e idoneità alla mansione,
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Divieto

- È fatto **divieto assoluto** al personale docente di assumere **bevande alcoliche e sostanze psicotrope prima e durante il servizio**, comprese attività complementari e integrative (riunioni, sorveglianza alunni, laboratori, palestre, uscite e viaggi d'istruzione, corsi pomeridiani, recuperi, turni aggiuntivi).

Ragioni del divieto

- **Educative e sociali:** il personale docente svolge un ruolo esemplare; la sobrietà tutela il patto educativo e la credibilità dell'istituzione.
- **Salute e sicurezza individuale:** alcol e sostanze psicotrope riducono attenzione, memoria, tempi di reazione e capacità decisionali, aumentando il rischio di infortuni.
- **Sanità pubblica:** la presenza di personale in stato di alterazione costituisce un alto rischio per la comunità scolastica e un costo per il sistema sanitario.

Violazioni e conseguenze

- La violazione del divieto può comportare **misure di emergenza** (allontanamento dal servizio in giornata), **valutazioni di idoneità** da parte del Medico Competente, **sanzioni disciplinari e amministrative** secondo la normativa vigente e i contratti di lavoro applicati.

3) Controlli e sorveglianza sanitaria

Ruolo del Medico Competente (MC)

- Il MC gestisce la **sorveglianza sanitaria**, definisce e sovrintende alle **procedure di controllo**, garantendo riservatezza e tutela della dignità della persona.

Controlli alcolimetrici

- Ogni anno, il **10% del personale docente** è selezionato **a campione** per controlli mediante **etilometro**, effettuati in contesti riservati e secondo procedure condivise con il MC.
- Il controllo può essere disposto anche **per ragionevole sospetto** o in occasione di **infortuni/quasi infortuni**.
- In caso di **esito positivo** (o di **rifiuto ingiustificato** al test), si procede secondo le indicazioni del MC e della normativa: astensione temporanea dal servizio, eventuale invio a visita e attivazione dell'iter disciplinare/amministrativo.

Sorveglianza sanitaria periodica

- Tutto il personale docente è sottoposto a **visita medica di sorveglianza sanitaria** con cadenza **triennale** (salvo diversa periodicità motivata dal MC). La visita è finalizzata alla **valutazione dell'idoneità** alla mansione, anche in relazione ai rischi lavorativi presenti nell'istituto.

Tutela dei dati personali

- I dati sanitari sono trattati **esclusivamente** dal MC nel rispetto della normativa sulla **protezione dei dati**; all'istituzione scolastica è comunicato **solo il giudizio di idoneità** e le eventuali limitazioni/prescrizioni.

4) Presa visione e impegno del docente

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver **letto e compreso** la presente informativa, di aver **ricevuto i materiali** indicati al punto 1 e di essere **consapevole** dei divieti, delle motivazioni e delle procedure di cui ai punti 2 e 3.

Si impegna a:

- consultare i materiali consegnati e, sulla base della specifica formazione pregressa, a completare la **formazione generale (4 ore, modalità asincrona)** e le successive attività formative;
- attenersi al **divieto** di assunzione di alcol e sostanze psicotrope prima e durante il servizio;
- collaborare con l'istituto e con il MC nelle iniziative di **prevenzione e controllo**.

Luogo e data:

Firma del dichiarante (per presa visione):

Il/La sottoscritto/a _____

titolare di contratto di lavoro presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

☐ Docente

☐ ATA

dichiara di aver seguito la seguente formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:

_ formazione lavoratori generale 4 ore

_ formazione lavoratori specifica 8 ore

_ formazione dirigenti 12 ore

_ formazione preposti 12 ore

_ formazione addetto antincendio 8 ore

_ formazione addetto primo soccorso 12 ore

_ formazione ASPP modulo A 28 ore

_ formazione ASPP modulo B 48 ore

_ altra formazione (specificare) _____

_ aggiornamento lavoratori 6 ore

_ aggiornamento dirigenti 6 ore

_ aggiornamento preposti 6 ore

_ aggiornamento antincendio 5 ore

_ aggiornamento p. socc. 4 ore

_ aggiornamento ASPP 20 ore

e si impegna a consegnare presso codesta Istituzione Scolastica i relativi attestati, in formato cartaceo o digitale, **entro e non oltre il** _____

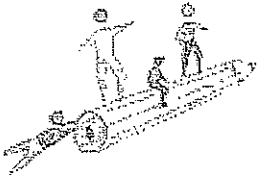
oppure dichiara di

_ non essere in possesso di alcun attestato

pertanto attende l'iscrizione ai corsi da parte di codesta Istituzione Scolastica, che si impegna a frequentare con puntualità.

Data _____

Firma _____



Istituto Comprensivo di Castell'Alfero
Via Casale, 97 - 14033 Castell'Alfero (AT)
Tel: 0141.204172 - 0141.204284 - 0141.405261
e-mail: atic80500p@istruzione.it
Sito internet: www.iccastellalfero.edu.it/www.iccastellalfero.edu.it
indirizzo p.e.c.: atic80500p@pec.istruzione.it
C. Fisc. 92040360056 - C.M. ATIC 80500P - codice univoco di ufficio: UFNVF0

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

a.s. 2023/2024

Il/La sottoscritto/a _____, docente a tempo
_____ in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castell'Alfero, plesso di scuola
dell'infanzia/primaria/secondaria di _____

DICHIARA

di aver preso visione dei documenti integrali pubblicati sul sito della scuola www.iccastellalfero.edu.it alla
sezione "Regolamenti e documentazione"

- "Regolamento di Istituto";
- "Linee programmatiche scuola _____";
- "Valutazione degli apprendimenti – criteri" all'interno del PTOF;
- "Valutazione Educazione Civica" all'interno del PTOF;
- "Patto di corresponsabilità scuola _____".

DICHIARA, inoltre,

di aver preso visione dei documenti integrali pubblicati sul sito della scuola www.iccastellalfero.edu.it alla
sezione "Personale":

- "Codice disciplinare del personale - D.P.R.n. 62_2013 modificato dal D.P.R. del
13.06.2023 n. 81".

e, alla sezione "Privacy e sicurezza":

- "Informativa privacy – docenti";
- "Lettera di autorizzazione al trattamento dei dati personali e le relative istruzioni – docenti".

DICHIARA, altresì,

di accettare le istruzioni contenute nella "Lettera di autorizzazione al trattamento dei dati personali e le
relative istruzioni – docenti" e di essere consapevole del proprio ruolo di persona autorizzata al trattamento
dei dati.

data _____

Firma _____