

I.S.I.S. DE SANCTIS - D'AGOSTINO - AMATUCCI



ISTITUTO TECNICO AGRARIO "Francesco De Sanctis" Avellino

Scuola Enologica 1879 - CONVITTO annesso - Cantina e Azienda p. IVA 01529600643 - sede ITA Domicella - corso serale agraria

ISTITUTO TECNICO per GEOMETRI "Oscar D'Agostino" - Via G. Marconi Avellino

Sedi geometra associate: Casa Circondariale "Antimo Graziano" - AV - corso serale geometra

ISTITUTO PROFESSIONALE "Alfredo Amatucci" - Viale Italia 18 Avellino

Corsi di MECCANICA - SOCIOSANITARI - COMMERCIALE - MODA - ODONTOTECNICO - OTTICO

Sede commerciale AVELLA - Via Pompeo Barba

Uffici amministrativi: Via Tuoro Cappuccini 44 - 83100 AVELLINO

Centralino 0825-1687955 - PEC: avis028006@pec.istruzione.it - PEO: AVIS028006@istruzione.it - cod. mecc. AVIS028006 - C.F. 80000030645

ISISF, AF96648, REGISTRO PROTOCOLLO, U. 0009508, 31-07-2026

Al Personale Docente e Ata
Al D.S.G.A. e agli uffici amministrativi
All'Albo - al Sito Web
Al registro elettronico
SEDI

OGGETTO: Presa di servizio del personale docente e Ata in entrata per l'anno scolastico 2026.2027

Si comunica che la presa di servizio per l'anno scolastico 2026/2027 avverrà in data **Martedì 01 settembre 2026** presso gli uffici di Segreteria dell'ITA De Sanctis, in via Tuoro Cappuccini 44 - Avellino, osservando le seguenti indicazioni:

1. Il personale neo immesso in ruolo e personale che è stato trasferito a nuova sede di lavoro o che rientra da altro incarico (utilizzazione; assegnazione provvisoria; etc.) seguirà il seguente calendario: ♦ dalle ore 8.15 alle ore 12.00.

I modelli per la presa di servizio sono disponibili sul sito web www.agrariogeometra.edu.it e sono allegati alla presente circolare.

All'atto della compilazione dei modelli gli interessati sono invitati a prestare la massima attenzione alle dichiarazioni rese in autocertificazione.

Si allega:

- modello di assunzione di servizio;
- dichiarazione sostitutiva di autocertificazione;
- altre dichiarazioni di autocertificazione allegate al contratto;
- dichiarazione Fondo Espero;
- dichiarazione di non incompatibilità.
- Modello l. 104 personale
- Modello l. 104 art.3 comma 3 familiari
- Modello libera professione

Si rammenta che tutti i docenti e ATA dovranno allegare ai modelli -debitamente compilati- la seguente documentazione:

- una copia di un documento di identità in corso di validità
- una copia del codice fiscale
- una copia dell'ultimo cedolino dello stipendio.

Per i neo immessi in ruolo si allega anche il modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione per la consegna dei documenti di rito da allegare per poi trasmettere insieme al contratto a T.I. alla RTS di Avellino entro il **30.09.2026**.

Avellino, lì 31/07/2026



Il Dirigente Scolastico
ing. Pietro Caterini

I.S.I.S. DE SANCTIS - D'AGOSTINO - AMATUCCI



ISTITUTO TECNICO AGRARIO "Francesco De Sanctis" Avellino

Scuola Enologica 1879 - CONVITTO annesso - Cantina e Azienda p. IVA 01529600643 - sede ITA Domicella - corso serale agraria

ISTITUTO TECNICO per GEOMETRI "Oscar D'Agostino" - Via G. Marconi Avellino

Sedi geometra associate: Casa Circondariale "Antimo Graziano" - AV - corso serale geometra

ISTITUTO PROFESSIONALE "Alfredo Amatucci" - Viale Italia 18 Avellino

Corsi di MECCANICA - SOCIO SANITARI - COMMERCIALE - MODA - ODONTOTECNICO - OTTICO

Sede commerciale AVELLA - Via Pompeo Barba

Uffici amministrativi: Via Tuoro Cappuccini 44 - 83100 AVELLINO

Centralino 0825-1687955 - PEC: avis028006@pec.istruzione.it - PEO: AVIS028006@istruzione.it - cod. mecc. AVIS028006 - C.F. 80000030645

Prot. n. _____

Al Dirigente Scolastico
I.S.I.S. "F. De Sanctis - O. D'Agostino"
Amatucci - Avella - Avellino

OGGETTO: Assunzione in Servizio (Personale a Tempo Indeterminato. A.S. 2026.2027)

_____ l _____ sottoscritto/a _____ nat _____ / _____ a _____ il _____

domicilio _____ via _____ n. _____ Tel. _____

cell. _____

C/F _____ *obbligatoria _____ @ _____

Partita spesa fissa _____

IBAN _____

DICHIARA

di assumere servizio in data _____ per n. ore _____ classe di concorso _____ in
qualita' di:

☐ Docente ☐ Educatore ☐ Assistente Amministrativo ☐ Assistente Tecnico ☐ Collaboratore Scolastico

☐ altro (specificare) _____ Neoassunto in ruolo ☐ SI ☐ NO ☐

PER

☐ trasferimento ☐ assegnazione provvisoria ☐ utilizzazione

☐ per completamento cattedra : n. ore _____ + n. ore in altre scuole:

n. ore _____ c/o _____

n. ore _____ c/o _____

Titolarita' a.s. 2026/2027 _____

PER I DOCENTI INDICARE SEDE DI SERVIZIO:

☐ AGRARIO-GEOMETRA -DOMICELLA ☐ SERALE ☐ CASA CIRCONDARIALE ☐
CONVITTO ☐ AMATUCCI ☐ AVELLA

_____ l sottoscritt ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzare i dati
personali dichiarati solo per i fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Avellino _____

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 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 _____

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

.....

.....

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente nel comune di _____

via/piazza _____, civico n. _____, in servizio a tempo

indeterminato dal _____, presso _____,

Cod. Fisc. _____

P R E M E T T E

L'accordo firmato il 16 Novembre 2023 ha regolamentato la modalità di espressione della volontà di adesione a Codesto Fondo anche mediante la formula del "silenzio-assenso". All'art.4 comma 2 di quest'ultimo, è stato stabilito che nei nove mesi successivi alla data di "assunzione", il lavoratore può comunicare all'amministrazione (quindi alla scuola) la propria volontà di non aderire ovvero può iscriversi al "Fondo", con le modalità previste, manifestando espressamente la propria volontà di adesione.

Poiché chi scrive è stato/a assunto/a successivamente al 1° gennaio 2019 e prima dell'accordo del 16 Novembre 2023,

FA PRESENTE

Che **NON** intende aderire al fondo ESPERO

_____, li _____

Il/La sottoscritto/a

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

e residente a _____ Prov . (____) Via/Piazza/Strada _____ n. ____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/200 n. 445 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con provvedimenti emanati in base a dichiarazione non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/200 n. 445

DICHIARA

- 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** 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;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data _____

Il Dichiarante

(D.P.R. 367/1994 art.14 – D.M. 4/4/1995 – D.M. 31/10/2002)

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA			SESSO (M o F)						
COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA	PROV. (sigla)	CODICE FISCALE (obbligatorio)									
DOMICILIO – VIA E N.CIVICO	CAP	LOCALITÀ								PROV. (sigla)	
ENTE / MINISTERO	UFFICIO										
INDIRIZZO	CAP										
		NUMERO PARTITA / ISCRIZIONE / MATRICOLA									

☐ C/C Bancario o Postale
☐ Libretto postale nominativo

COORDINATE IBAN
(il codice IBAN è sempre di 27 caratteri, è pertanto necessario riempire tutte le caselle sottoriportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto del conto corrente o può essere richiesto al soggetto presso il quale il conto o il libretto è intrattenuto)

[illegible]

Data

Firma

Il beneficiario delle competenze deve compilare il presente modulo ogni qualvolta decida di cambiare (anche nell'ambito della stessa banca) il conto corrente sul quale effettuare l'accredito. Le coordinate IBAN segnalate con il presente modulo potranno, comunque, essere aggiornate dall'Amministrazione al fine di inoltrare correttamente la disposizione di pagamento delle competenze, qualora la banca comunichi la modifica dell'IBAN del conto del beneficiario stesso. Tale modifica sarà segnalata nel cedolino delle competenze inviato mensilmente al beneficiario.

Si trasmette la richiesta di accreditamento delle competenze del sopraindicato amministrato.



Timbro dell'Ufficio

Firma del Dirigente.....

Data
.....

Riservato all'Ufficio di

OGGETTO: Richiesta permessi di cui all'art.33 della Legge104/1992 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a
nato/a il....., in qualità
di..... con contratto a tempo determinato/indeterminato
in servizio pressocon completamento presso
.....

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni. (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili.

Allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992
integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009
attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).
- Avellino.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma del dipendente

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Superiore
De Sanctis - D'Agostino - Amatiucci

DI AVELLINO

DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE

(LEGGE 104/1992 ART. 3 COMMA 3)

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA

INDIRIZZO

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

chiede di finire dei permessi previsti dall'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, per poter assistere

il sig/ra _____ nato/a ad _____

il _____ e residente a _____ C/F: _____ con il /la quale c'è nella seguente

relazione di parentela : _____.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:
 Sig./raC.F.....
 non dipendente / dipendente presso.....
 beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave
 alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni
 complessivi tra i due genitori;
- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
 - non è coniugato;
 - è vedovo/a;
 - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
 - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
 - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
 - è separato legalmente o divorziato;
 - è coniugato ma in situazione di abbandono;
 - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
 - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
 - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
-DPR.28 DICEMBRE 2000 N.445 ART.46- 47

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nato/a aprov.....il.....
residente in.....via.....n°.....
c.a.p.....cod.fisc.....

DICHIARA:

- ☐ di provvedere all'assistenza (art.33 comma 3 L.104/92)
del sig./sig.ra.....nato/a.....
dichiarato in situazione di disabilità grave.
- ☐ che esiste grado di parentela/affinità con la persona da assistere art.33 comma 3 L.104/92 entro il terzo
grado (specificare).....
- a) ☐ che genitori.....
o il coniuge.....della persona con handicap grave hanno
compiuto 65 anni di età;
- b) ☐ che genitori.....
o il coniuge.....della persona con handicap grave sono affetti
da patologie invalidanti a carattere permanente rientranti nell'elenco di cui al Decreto Interministeriale
n.278 del 21.07.2000, come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;
- c) ☐ che genitori.....
o il coniuge.....della persona con handicap grave sono
deceduti
- d) ☐ che genitori.....
o il coniuge.....della persona con handicap grave sono
mancanti come risulta dalla documentazione che si allega alla presente;

ALLEGA: la documentazione sanitaria/giudiziaria/altra pubblica autorità che attesti la ricorrenza delle notizie e delle
situazioni necessarie come requisito per l'accesso ai benefici in caso di parentela o affinità di terzo grado.

IL DICHIARANTE.....

AVVERTENZA: le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla
veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della
dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 DPR 28-12-2000 n. 445), con l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 493 del C.P. "Falsità ideologica commessa
dal privato in atto pubblico" (che prevede la sanzione della reclusione fino a due anni).
Il/La sottoscritto/a, con la presente, autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, nell'ambito e per i fini istituzionali della
Pubblica Amministrazione (D. Lgs. n. 196/03)

IL DICHIARANTE.....

DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt..... nato/a a
..... ilresidente in.....
prov..... via/piazza..... cap.....
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28
dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- ☐ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della
Commissione Asl di.....il.....;
- ☐ di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di
accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste
dalla legge 104/1992 per se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente digrado del richiedente in quanto.....;
- ☐ di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....nato a
.....il.....CF.....e residente a

Si allega copia del documento di riconoscimento n.....rilasciato
da.....il.....

Firma

Luogo e data.....

Richiesta Permessi art. 33. Legge 104/1992. Cronoprogramma mensile¹

__ l __ sottoscritt _____
 nat_ il ____ / ____ / ____ a _____ prov. (____) in servizio
 presso questa Istituzione Scolastica , in qualità di _____
 con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

di poter fruire dei seguenti permessi previsti:

☐ dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per l'assistenza del coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;

☐ dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;

☐ dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della L. 104/92, fino a 3 anni di vita del bambino;

☐ dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e dall'art. 42 del novellato D.Lgs n. 151/2001 in quanto lavoratrice madre o, in alternativa, lavoratore padre, genitori anche adottivi, di figlio con handicap in situazione di gravità;

A tal fine presenta il seguente cronoprogramma per il mese di _____:

Giorno _____	_____ / _____ / _____
Giorno _____	_____ / _____ / _____
Giorno _____	_____ / _____ / _____

_____, _____ Firma del dipendente _____

VISTO
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

¹ Da presentare entro il 30 del mese precedente la fruizione. Nel caso di improvviso ed improcrastinabili esigenze di tutela, con dichiarazione scritta sotto la propria responsabilità, il lavoratore ha facoltà di variare la giornata di permesso già programmata (rivedibile in *dimostrate situazioni di emergenza*) e di chiedere con congruo anticipo di almeno 3 giorni la fruizione di un'altra giornata di permesso in sua sostituzione, al fine di «evitare la compromissione del funzionamento dell'organizzazione».

Al Dirigente Scolastico

I.S.I.S. "F. De Sanctis – O. D'Agostino-Amatucci-Avella"

AVELLINO

SEDE

OGGETTO: Richiesta autorizzazione all'esercizio della libera professione a.s. 2026.2027

____ I ____ sottoscritt _____

Nat ____ a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Insegnante a Tempo determinato/Indeterminato ,Classe di concorso _____

Presso questo Istituto

CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione all'esercizio della libera professione di

Ai sensi dell'art. 53 del D. Lg.vo n° 165/2001 e dell'art.508 del D. Lgs.vo n° 297/1994.

A tal fine dichiara che tale impegno non sarà in alcun modo d'intralcio al regolare svolgimento della funzione docente e alle altre attività collaterali.

Dichiara inoltre di aver preso visione di quanto riportato nell'Allegato A "Chiarimenti ed indicazioni normative".

_____, li, _____

Firma _____

Al dirigente scolastico.....

Oggetto: dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445, ai fini della consegna dei documenti di rito, ins/prof.....

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
via/piazza _____ consapevole delle responsabilità delle sanzioni
penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, di formazione o
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000,

DICHARA

sotto la propria personale responsabilità:

1. di essere nato/a il _____ a _____;
2. di essere residente nel comune di _____ in _____;
3. di essere cittadino/a italiano/a;
4. di godere dei diritti politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____;
5. di possedere il codice fiscale _____;
6. di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università degli studi _____ in data _____ con votazione _____;
7. di avere conseguito abilitazioni per le seguenti classi di _____
concorso: _____

8. di essere di stato civile _____;
9. che il proprio nucleo familiare è quello sotto riportato:

n°	cognome e nome	luogo e data di nascita	codice fiscale	rapporto con il/la dichiarante

10. di non essere in alcuna delle situazioni, di cui all'art. 18, comma 5, del CCNL 4.8.1995 di esistenza di altri rapporti di impiego pubblico o privato e di incompatibilità con l'attività di insegnante;

11. di non godere di pensione;

12. 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 al casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

13. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- a) certificato che attesta che il/la sottoscritto/a è idoneo/a allo svolgimento delle mansioni;
- b) elenco dei servizi prestati in qualità di supplente prima di essere immesso/a on ruolo.

Data.....

In fede

.....