

AUTOCERTIFICAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RICOSTRUZIONE DELLA CARRIERA

Il sottoscritto _____, nato a _____ il
_____/_____/_____, in servizio presso _____, in qualità di docente, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000,

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. n. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75), oltre che responsabilità civili ed amministrative, a carico del dipendente;

Consapevole dell'art. 15, comma 1, legge 12 novembre 2011 n. 183 (Stabilità 2012) e della Direttiva del Dipartimento per la Funzione Pubblica n. 14 del 22 Dicembre 2011;

INFORMATO/A che i dati saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003, con la presente

DICHIARA:

d) Di essere in possesso del _____ (indicare titolo di studio) conseguito presso _____ (indicare scuola e/o Università presso la quale è stato conseguito il titolo di studio) in data _____.

e) Di avere prestato il servizio militare o il servizio sostitutivo del servizio militare (servizio civile) dal ____/____/____ al ____/____/____.

f) Di aver prestato i seguenti servizio presso le istituzioni scolastiche:

| Da compilare a cura dell'interessato | | | | | | | | | | Da convalidare dalla scuola | |
|--------------------------------------|--------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|---------------------|--------------------|--|---|
| n. | a. sc. | Sede di servizio ⁽¹⁾ | Titolo di accesso: indicare sì/no | Tipo nomina ⁽²⁾ | Decorrenza giuridica | Decorrenza economica | Fine servizio | Retribuzione: sì/no | Orario di servizio | Visti gli atti d'ufficio si conferma/ non si conferma i dati autocertificati: ⁽³⁾ | Situazione previdenziale ⁽⁴⁾ |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |

(1) Nella sede di servizio specificare se trattasi di scuola statale, comunale, legalmente riconosciuta, parificata, pareggiata, paritaria, privata, ecc...

(2) Indicare se trattasi di supplenza breve o incarico annuale.

(3) Indicare sì o no.

(4) Indicare l'ente previdenziale a cui sono stati versati i contributi specificando se ci sono versamenti per l'opera di previdenza. Dal 2000 specificare se è stato liquidato il TFR.

g) Di aver prestato i seguenti servizi presso altri Enti pubblici:

| Da compilare a cura dell'interessato | | | | | | | | Da convalidare dalla scuola | |
|--------------------------------------|--------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|---------------------|--|---|
| n. | a. sc. | Sede di servizio ⁽¹⁾ | Tipo nomina ⁽²⁾ | Decorrenza giuridica | Decorrenza economica | Fine servizio | Retribuzione: si/no | Visti gli atti d'ufficio si conferma/ non si conferma i dati autocertificati: ⁽³⁾ | Situazione previdenziale ⁽⁴⁾ |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

(1) Indicare l'Ente presso la quale è stato prestato il servizio.

(2) Indicare la qualifica ricoperta durante il servizio.

(3) Indicare si/no.

(4) Indicare l'ente previdenziale a cui sono stati versati i contributi specificando se ci sono versamenti per l'opera di previdenza. Dal 2000 specificare se è stato liquidato il IFR.

h) Di aver fruito durante i periodi di servizio pre-ruolo dei seguenti periodi di assenza interruttivi dell'anzianità di servizio (aspettativa per motivi di famiglia e studio, assenze per malattia senza assegni, permessi non retribuiti e quant'altro):

| Da compilare a cura dell'interessato | | | | | | | Da convalidare dalla scuola | |
|--------------------------------------|--------|------------------|-------------------|-----|----|--|--|--|
| n. | a. sc. | Sede di servizio | Tipologia assenza | Dal | Al | giorni/ mesi e giorni/ anni, mesi e giorni | Visti gli atti d'ufficio si confermano/ non si confermano i dati autocertificati: ⁽¹⁾ | Note di rettifica alle dichiarazioni riportate dal dipendente. |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

Data _____

Firma dell'interessato _____

Firma del Dirigente scolastico _____

Firma del DSGA _____

N.B. Qualora l'istituzione scolastica non sia in condizione di convalidare i dati autocertificati dovrà rivolgersi alla sede (istituzione scolastica, università) presso la quale il servizio è stato prestato.

La scuola che riceverà la richiesta della verifica dei dati autocertificati potrà inviare alla scuola richiedente la conferma o non conferma (qualora i dati autocertificati non corrispondano alla verità) dei dati o qualora i dati forniti siano incompleti (perché l'interessato non è in condizione di compilare dettagliatamente la parte di propria competenza) potrà inviare un certificato di servizio indirizzato alla scuola richiedente.

X