

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Istituto Comprensivo Ilaria Alpi</b><br>Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado<br>Corso Novara, 26 - 10152 Torino - Tel. 011/01167930<br>Codice Fisc. n. 97796290019 - <a href="http://www.icilariaalpitorino.edu.it">www.icilariaalpitorino.edu.it</a><br>e-mail: <a href="mailto:TOIC8BD00X@istruzione.it">TOIC8BD00X@istruzione.it</a> – pec: <a href="mailto:TOIC8BD00X@pec.istruzione.it">TOIC8BD00X@pec.istruzione.it</a> | <br><b>RICONNESSIONI</b><br>educazione al futuro |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Circ. 652

Torino, 06/08/2026

A tutto il personale interessato  
Al DSGA  
Al R.E. - Argo  
Al Sito Web

**OGGETTO: Modulistica presa di servizio a.s. 2026/2027**

Il personale Docente e ATA che, a qualunque titolo prenderà servizio dal 1° Settembre, dovrà compilare il documento "PRESA DI SERVIZIO" senza indicazione di data e firma e allegare i seguenti documenti:

- Copia della carta di identità fronte/retro;
- Copia Codice fiscale o tessera sanitaria fronte/retro ;
- Copia dei titoli dichiarati ed eventuali crediti degli esami sostenuti ai fini del controllo del titolo di accesso;
- Attestati dei corsi in ambito salute e sicurezza (es. formazione generale, formazione specifica, primo soccorso...);

Il documento PRESA DI SERVIZIO va compilato, così come fornito, e inviato via mail all'indirizzo [toic8bd00x@istruzione.it](mailto:toic8bd00x@istruzione.it) riportando nell'oggetto della mail: "COGNOME NOME – Assunzione in servizio *DOCENTE/ATA a.s. 2026/27*" preferibilmente entro il 28/08/2026. Nella stessa mail andranno inseriti come allegati i documenti sopra elencati, firmati digitalmente.

Il file PRESA DI SERVIZIO contiene i seguenti documenti:

- 1) MODELLO ASSUNZIONE IN SERVIZIO
- 2) STATO PERSONALE DI SERVIZIO
- 3) MODELLO RICHIESTA ACCREDITAMENTO STIPENDIO
- 4) AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CONDANNE PENALI CARICHI PENDENTI
- 5) MODELLO CONSENSO RICHIESTA CASELLARIO GIUDIZIARIO
- 6) AUTOCERTIFICAZIONE SICUREZZA E CORSI EFFETTUATI
- 7) DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
- 8) FONDO ESPERO

In caso di problemi tecnici nell'invio della documentazione è possibile contattare l'Ufficio Personale al numero 01101167930.

Se impossibilitati all'invio si prega di presentarsi il giorno della presa di servizio con i documenti già compilati senza indicazione di data e né firma in formato digitale.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Istituto Comprensivo Ilaria Alpi</b><br>Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado<br>Corso Novara, 26 - 10152 Torino - Tel. 011/01167930<br>Codice Fisc. n. 97796290019 - <a href="http://www.icilariaalpitorino.edu.it">www.icilariaalpitorino.edu.it</a><br>e-mail: <a href="mailto:TOIC8BD00X@istruzione.it">TOIC8BD00X@istruzione.it</a> – pec: <a href="mailto:TOIC8BD00X@pec.istruzione.it">TOIC8BD00X@pec.istruzione.it</a> | <br><b>RICONNESSIONI</b><br>educazione al futuro |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Negli Uffici di segreteria, in data 01.09.2026, secondo gli orari riportati nell'apposita **circolare n°651** del 06/08/2026, un Assistente Amministrativo dell'Istituzione Scolastica procederà al riconoscimento del personale, all'apposizione della firma sui documenti e alla generazione del fascicolo digitale personale. Saranno inoltre fornite le credenziali di accesso strettamente personali per piattaforme didattiche di Istituto.

Si ringrazia per la collaborazione.

La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Aurelia PROVENZA  
(documento firmato digitalmente)

AURELIA PROVENZA  
06.08.2026 12:39:30 CEST

**Allegati:**

**1\_Dichiarazione presa di servizio (comprensiva degli allegati da 1 a 8)**

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
IC ILARIA ALPI di Torino**

**OGGETTO: ASSUNZIONE IN SERVIZIO**

Il /la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_. CAP \_\_\_\_\_;

A seguito di (specificare):

- ☐ Concorso: \_\_\_\_\_
- ☐ Trasferimento
- ☐ Assegnazione provvisoria
- ☐ Utilizzazione
- ☐ Incarico di supplenza
- ☐ Graduatoria seconda fascia (Personale ATA)
- ☐ Graduatoria terza fascia (Personale ATA)
- ☐ Interpello
- ☐ Altro: specificare \_\_\_\_\_

Nominato da:

- ☐ GM: \_\_\_\_\_
- ☐ GPS: A.S. \_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ Graduatoria di Istituto (anche incrociate e/o vicini)
- ☐ Graduatoria prima fascia (Personale ATA) \_\_\_\_\_
- ☐ Estremi provvedimento nomina prot. n. del: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. **di assumere servizio in data** \_\_\_\_\_ in qualità di Docente presso I.C. ILARIA ALPI di Torino sulla seguente tipologia di posto:
  - ☐ Posto Comune – Infanzia
  - ☐ Sostegno – Infanzia
  - ☐ IRC/AA - Infanzia
  - ☐ Posto Comune – Primaria
  - ☐ Sostegno – Primaria
  - ☐ IRC/AA – Primaria
  - ☐ SSPG: Classe di concorso \_\_\_\_\_
  - ☐ SSPG: Sostegno (Classe di concorso \_\_\_\_\_)
  - ☐ SSPG: IRC/AA
- ☐ D S G A
- ☐ Assistente amministrativo
- ☐ Assistente Tecnico
- ☐ Collaboratore scolastico con contratto a tempo:
  - ☐ indeterminato
  - ☐ determinato per n. \_\_\_\_ ore settimanali con completamento orario c/o scuola \_\_\_\_ per n. \_\_\_\_ ore settimanali
2. che l'ultima sede di servizio è stata \_\_\_\_\_ con contratto fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. di avere visionato il codice di comportamento dei dipendenti pubblicato sul sito dell'istituto al seguente LINK:  
<https://www.icilariaalpitorino.it/documento/regolamenti/>
4. di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al seguente LINK e di autorizzare 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: <https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

5. di avere preso visione della E-Policy di Istituto al link <https://www.icilariaalpitorino.it/e-policy/>
6. di essere stato informato del fatto che, qualora stipuli un contratto a tempo determinato fino al 30 giugno o al 31 agosto, è necessario fruire, nei periodi di sospensione delle lezioni da calendario scolastico e/o regionale, delle ferie maturate e non godute, in quanto la mancata richiesta di fruizione nel periodo in cui è consentito goderne (compatibilmente con attività funzionali ed indifferibili quali scrutini, esami di Stato o attività valutative), comporterà la perdita del diritto alle ferie e alla conseguente indennità sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLA DIRIGENTE  
SCOLASTICA IC  
ILARIA ALPI di Torino**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**

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

Il /la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 nonché la decadenza dal 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 \_\_\_\_\_
- di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_
- di godere dei diritti civili e politici
- di essere: celibe o nubile
- di essere coniugato/a con \_\_\_\_\_
- di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_
- di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_
- che la famiglia convivente si compone di:

| <u>COGNOME NOME</u> | <u>LUOGO E DATA DI NASCITA</u> | <u>RAPPORTO PARENTALE</u> |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------|
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |
|                     |                                |                           |

- titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
scuola/università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ anno di  
conseguimento \_\_\_\_\_ voto di diploma/laurea \_\_\_\_\_ codice  
identificativo di laurea \_\_\_\_\_
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di  
aggiornamento e di qualificazione tecnica \_\_\_\_\_
- classe di concorso \_\_\_\_\_
- idoneità al concorso \_\_\_\_\_
- possesso e numero del codice fiscale \_\_\_\_\_
- partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

- stato di disoccupazione
- qualità di studente presso la scuola/università di \_\_\_\_\_
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili  
\_\_\_\_\_
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo \_\_\_\_\_
- di essere iscritto nell'albo o elenco \_\_\_\_\_ tenuto da pubblica amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- di appartenere all'ordine professionale

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

**Informativa sulla privacy**

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 dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al seguente LINK:  
<https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
IC ILARIA ALPI di Torino**

**Oggetto: Richiesta di accreditalmento stipendio.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
n. partita spesa fissa \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

il proprio IBAN per l'accreditamento dello stipendio

CONTO CORRENTE (IBAN)

CONIUGE A CARICO

☐ SI

☐ NO

FIGLI A CARICO

☐ SI

☐ NO

ALTRE PERSONE A CARICO \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

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 dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al seguente LINK:

<https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
I.C. ILARIA ALPI di Torino**

**Oggetto: Autocertificazione assenza condanne penali - carichi pendenti.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- ☐ che non sono in corso procedimenti a carico del dichiarante, come anche risultante dal certificato dei carichi pendenti;
- ☐ 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;
- ☐ 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 ALTRESI'**

*in riferimento 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

**DICHIARA INFINE**

(SELEZIONARE SOLO LA VOCE DI INTERESSE)

- ☐ di NON ESSERE stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

**OVVERO**

- ☐ di ESSERE stato/a dichiarato/a decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche amministrazioni

**Informativa sulla privacy**

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 dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al seguente LINK:

<https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
I.C. ILARIA ALPI di Torino**

**OGGETTO: CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA RICHIESTA DEL DATORE DI LAVORO DEL CERTIFICATO DI CUI all'  
art. 25 BIS D.P.R. 313/2002**

Il /la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_

PRESTA IL PROPRIO CONSENSO ALLA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI CUI ALL'ARTICOLO 25 DEL D.P.R. 313/2002 E  
AL TRATTAMENTO DEI DATI GIUDIZIARI DA PARTE DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO ILARIA ALPI di Torino.

**Informativa sulla privacy**

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 dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al seguente LINK:

<https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA**  
**I.C. Ilaria Alpi di Torino**

**Oggetto: Autocertificazione sicurezza D.Lvo 81/2008 - GDPR e altri corsi effettuati**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in  
 servizio presso \_\_\_\_\_ in  
 qualità di \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- di aver preso visione della documentazione pubblicata nella sezione "Sicurezza" del sito web dell'istituto <https://www.icilariaalpitorino.it/sicurezza-a-scuola/> e in particolare il DVR e Piano di emergenza ed evacuazione dei plessi

di essere consapevole:

- che tutti i dipendenti sono tenuti al rispetto delle prescrizioni riportate nel "*REGOLAMENTO PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI DIPENDENTI E DEGLI ALUNNI*";
- che in caso di infortuni sul lavoro devono essere adottati comportamenti conformi a quanto indicato nel "*PIANO DI PRIMO SOCCORSO*";
- che in caso di incendio, quando viene dato l'allarme (avviso di esodo) e in qualsiasi situazione di emergenza devono essere adottati i comportamenti illustrati nel "*PIANO DI EMERGENZA*";
- che in riferimento a quanto stabilito dall'art. 6 del D.Lgs. n. 151/2001 il Datore di Lavoro è tenuto ad adottare le misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio *a partire dalla consegna del Certificato di Gravidanza o documento equivalente*.

**DICHIARA**

di aver frequentato i seguenti corsi

| Denominazione corso<br>FORMAZIONE | Durata prevista da<br>normativa | Eseguito                                                   | Ore<br>frequentate | Concluso in data |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| Generale lavoratori               | 4 ore                           | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____              | _____            |
| Specifica lavoratori              | 8 ore                           | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____              | _____            |
| Preposti                          | 8 ore                           | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____              | _____            |
| Dirigenti                         | 16 ore                          | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____              | _____            |

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |                                                            |       |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <b>Addetto primo soccorso</b>                                   | <b>12 ore</b>                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Somministrazione farmaci</b>                                 | <b>3 ore</b>                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Uso del defibrillatore</b>                                   | <b>5 ore validità 2 anni</b>                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Addetto antincendio</b><br>(almeno rischio Medio)            | <input type="checkbox"/> <b>4 ore - R. basso</b> ( <i>non valido per la Scuola</i> )<br><input type="checkbox"/> <b>8 ore - R. medio</b><br><input type="checkbox"/> <b>16 ore - R. elevato</b> | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Idoneità tecnica (antincendio)</b>                           |                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)</b>     | <b>32 ore</b>                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Modulo A 28 h</b><br><input type="checkbox"/> <b>Modulo B 48 h</b>                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| <b>Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Modulo A 28 h</b><br><input type="checkbox"/> <b>Modulo B 48 h</b><br><input type="checkbox"/> <b>Modulo C 24 h</b>                                                 | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### AGGIORNAMENTI

Si prega di indicare solo i corsi di aggiornamento effettuati negli ultimi **6 anni**.

Si invitano coloro che hanno frequentato i corsi di aggiornamento a elencare e produrre copia degli attestati relativi ai corsi effettuati negli ultimi 6 anni.

| Denominazione corso<br>AGGIORNAMENTO                     | Durata prevista da<br>normativa | Eseguito                                                   | Ore frequentate | Concluso in data |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Lavoratori, preposti e/o dirigenti                       | 6 ore ogni 5 anni               | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
|                                                          |                                 | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
|                                                          |                                 | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Addetto primo soccorso Rischio Medio                     | 4 ore ogni 3 anni               | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Addetto Antincendio Rischio Medio                        | 8 ore ogni 5 anni               | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Aggiornamento uso del defibrillatore                     | 3 ore ogni 2 anni               | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)     | 8 ore ogni 5 anni               | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Addetto al servizio di prevenzione e protezione (ASPP)   | 20 ore in 5 anni                | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |
| Responsabile servizio di prevenzione e protezione (RSPP) | 20 ore in 5 anni                | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO | _____           | _____            |

### Formazione GDPR

| Denominazione corso<br>AGGIORNAMENTO | Ente formatore | Durata | Ore frequentate | Concluso in data |
|--------------------------------------|----------------|--------|-----------------|------------------|
|                                      |                |        |                 |                  |

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Altra Formazione**

| <b>Denominazione corso<br/>AGGIORNAMENTO</b> | <b>Ente formatore</b> | <b>Durata</b> | <b>Ore frequentate</b> | <b>Concluso in data</b> |
|----------------------------------------------|-----------------------|---------------|------------------------|-------------------------|
|                                              |                       |               |                        |                         |
|                                              |                       |               |                        |                         |
|                                              |                       |               |                        |                         |
|                                              |                       |               |                        |                         |

**Informativa sulla privacy**

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 dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy al

seguito LINK: <https://www.icilariaalpitorino.it/privacy-policy/>

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Oggetto: Dichiarazione insussistenza cause di incompatibilità.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_

presso il Plesso \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- a) che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato
- b) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall' Amministrazione
- c) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche
- d) di impegnarsi a segnalare ogni variazione dello stato dichiarato

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di legge.

Torino, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_