Ministero dell'Istruzione e del Merito
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado
Piazza Salvo D'Acquisto, 5 - 85015 Oppido Lucano (Pz) - Tel. 0971 945019 PEC: pzic82000c@istruzione.it - PEC: pzic82000c@pec.istruzione.it
Codice Univoco ufficio UFI9EH - Codice Fiscale: 80006270765
Istituto Comprensivo "F. Giannone"
Oppido Lucano - Tolve - Pietragalla

Istituto Comprensivo "Giannone "Oppido Lucano
Prot. 0008676 del 24/08/2026
VII (Uscita)

Oppido Lucano 24/08/2026

Al personale docente ed ATA trasferito e/o neoassunto
Al personale di segreteria
Al DSGA
Al sito Web

Oggetto: Presa di servizio personale docente e ATA trasferito/assegnato e/o neoimmesso in ruolo dal 1 settembre 2026

Si comunica che il personale docente e ATA di nuova assegnazione presso questa Istituzione scolastica, con decorrenza dal 1 settembre 2026, dovrà effettuare la presa di servizio nella giornata di **martedì 1 settembre 2026**

presso la sede centrale dell'Istituto di Oppido Lucano, secondo i seguenti orari:

- **personale ATA ore 8:15;**
- **personale docente ore 9:00.**

Il personale interessato dovrà presentare la seguente documentazione:

- copia del codice fiscale;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia del provvedimento di individuazione disposto dall'USR o dal MIM, ove previsto;
- autocertificazione relativa ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro già svolti, da consegnare all'atto della presa di servizio (**Allegato n. 1**);
- curriculum vitae aggiornato, limitatamente al personale docente.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Eugenia Tedesco

EUGENIA TEDESCO
25.08.2026 11:02:37 CEST

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I Grado
Piazza Salvo D'Acquisto, 5 - 85015 Oppido Lucano (Pz) - Tel. 0971 945019 PEC: pzic82000c@istruzione.it - PEC: pzic82000c@pec.istruzione.it
Codice Univoco ufficio UFI9EH - Codice Fiscale: 80006270765
Istituto Comprensivo "F. Giannone"
Oppido Lucano - Tolve - Pietragalla

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Frequenza di corsi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

(D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto, sotto la propria responsabilità e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ **il:** _____

Codice fiscale: _____

Residente in: _____

In servizio presso: _____

Qualifica: ☐ docente ☐ personale ATA, profilo _____ ☐ altro _____

DICHIARA

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione e/o aggiornamento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:

Tipologia e titolo del corso	Soggetto formatore	Data/periodo	Durata	Attestato
Es.: formazione generale/specifica, aggiornamento, preposto, dirigente, RLS, antincendio, primo soccorso		dal _____ al _____	____ ore	☐ sì ☐ no Data _____
Es.: formazione generale/specifica, aggiornamento, preposto, dirigente, RLS, antincendio, primo soccorso		dal _____ al _____	____ ore	☐ sì ☐ no Data _____
Es.: formazione generale/specifica, aggiornamento, preposto, dirigente, RLS, antincendio, primo soccorso		dal _____ al _____	____ ore	☐ sì ☐ no Data _____
Es.: formazione generale/specifica, aggiornamento, preposto, dirigente, RLS, antincendio, primo soccorso		dal _____ al _____	____ ore	☐ sì ☐ no Data _____

Eventuali ulteriori informazioni (livello di rischio, modalità di svolgimento, scadenza/aggiornamento previsto):

_____

_____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- che le informazioni sopra riportate corrispondono al vero;
- di impegnarsi a esibire, su richiesta dell'Istituzione scolastica, gli attestati o altra documentazione comprovante quanto dichiarato;

- di essere consapevole che l'Istituzione scolastica potrà effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000.

Allega (facoltativo): ☐ copia degli attestati ☐ copia di un documento di identità in corso di validità*

Informativa essenziale: i dati personali saranno trattati dall'Istituzione scolastica esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del rapporto di lavoro e agli adempimenti in materia di salute e sicurezza, nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

_____

Firma del/della dichiarante

_____

** La copia del documento di identità è necessaria quando la dichiarazione non è sottoscritta in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.*