*Si rimarca l’assoluta importanza della completa ed esatta compilazione del modello sotto riportato; trattandosi di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, può essere firmata solamente dal legale rappresentante o da persona munita di specifica delega che deve essere allegata in copia alla presente.*

**All’Ufficio VI - Ambito Territoriale per la provincia di Reggio Calabria
All’Attenzione di Ernesto ZIZZA**

 **mediante PEO** **ernesto.zizza.rc@istruzione.it**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* TIPOLOGIA DI SCUOLA  |  | INFANZIA |  | PRIMARIA |  | 1° GRADO |  | 2° GRADO |

Barrare casella di interesse

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* CODICE MECCANOGRAFICO DELLA SCUOLA | **R** | **C** |  |  |  |  |  |  |  |  |

inserire restanti 8 caratteri alfanumerici

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \* ESTREMI DEL DECRETO DI PARITA’  | NUMERO |  | DATA |  |

indicare numero decreto DDG USR Calabria e data decreto

**ANAGRAFICA DELLA SCUOLA**

|  |
| --- |
| \* DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NEL CASO DI SCUOLA PRIMARIA – ESISTE CONVENZIONE | **SI** | **NO** |

indicare esistenza parifica. L’Ufficio potrà chiederne copia

|  |
| --- |
| \* INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO, CAP, COMUNE, PROVINCIA) |
|  |
| \* TELEFONO FISSO SCUOLA ED EVENTUALE RECAPITO MOBILE |
|  |
| \* INDIRIZZO E-MAIL (obbligatorio) |
|  |
| \* INDIRIZZO PEC (obbligatorio) |
|  |

**SI PREGA DI INDICARE SEMPRE UN INDIRIZZO E-MAIL VALIDO ED ATTIVO PER COMUNICAZIONI DELL’AMMINISTRAZIONE**

**ANAGRAFICA DELL’ENTE GESTORE**

|  |
| --- |
| \* NOME DELL’ENTE GESTORE  |
|  |

(INDICARE IL NOME DELLA FONDAZIONE O DELLA PARROCCHIA O DELLA CONGREGAZIONE RELIGIOSA O DELLA COOPERATIVA, O DELLA SOCIETA’ CHE GESTISCE LA SCUOLA)

|  |
| --- |
| \* SEDE DELL’ENTE GESTORE (INDICARE L’INDIRIZZO COMPLETO SE DIVERSO DA QUELLO DELLA SCUOLA STESSA O SCRIVERE “*COME LA SCUOLA*” SE L’INDIRIZZO È IL MEDESIMO) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* CODICE FISCALE DELL’ENTE GESTORE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Indicare codice fiscale o partita iva dell’ente gestore

**ANAGRAFICA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**(Allegare Copia del Documento Riconoscimento e Codice Fiscale)

|  |
| --- |
| \* NOME E COGNOME |
|  |
| \* DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| \* CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| \* TITOLO DI STUDIO |
|  |

**ESTREMI DELLA PERSONA DELEGATA DAL LEGALE RAPPRESENTANTE A COMPIERE ATTI DI GESTIONE RELATIVI ALLA SCUOLA:**(Allegare Copia del Documento Riconoscimento e Codice Fiscale)

|  |
| --- |
| NOME E COGNOME |
|  |
| \* DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| \* CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| TITOLO DI STUDIO |
|  |

**Si ricorda che copia degli atti di delega devono essere inviate dal Legale Rappresentante all’USP accompagnate dalla definizione degli specifici atti di gestione che possono essere firmati dal delegato**

**ANAGRAFICA DEL COORDINATORE DELLE ATTIVITA’ DIDATTICHE**(Allegare Copia del Documento Riconoscimento e Codice Fiscale)

|  |
| --- |
| \* NOME E COGNOME |
|  |
| \* DATA E LUOGO DI NASCITA |  |
| \* CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| \* TITOLO DI STUDIO |
|  |
| \* CONSEGUITO NEL |  |
| \* ABILITAZIONE INSEGNAMENTO | **SI** | **NO** |

INDICARE IL POSSESSO DELL’ABILITAZIONE

**COORDINATE BANCARIE PER GESTIONE Si.Co.Ge. e Tracciabilità Flussi Finanziari**

|  |
| --- |
| \* DENOMINAZIONE FILIALE BANCARIA |
|  |
| \* LOCALITA’ FILIALE |  |
| \* CODICE IBAN |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **T** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazione | Codice Controllo | CIN | ABI | CAB | Conto corrente |

Compilare in stampatello

**\* DATI RELATIVI AGLI ALUNNI**è obbligatorio indicare il **numero** degli allievi di **ciascuna classe/sezione**.**L’Ufficio, nel corso dell’anno scolastico, potrà confrontare i dati con Anagrafe Nazionale Alunni al SIDI**Non si possono fare dichiarazioni cumulative

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CLASSE / SEZIONE** | **ALUNNI PER CLASSE / SEZIONE** | **ALUNNI H CERTIFICATI** | **ALUNNI STRANIERI** |
| ***ES. 1B o Pulcini*** | ***15*** | ***1*** | ***0*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |

**\* DATI RELATIVI AGLI INSEGNANTI**

**Si rammenta che dall’anno scolastico 2020/2021 è obbligatorio registrare i docenti al SIDI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Codice fiscale** | **Titolo di studio** | **Abil ins** | **Insegnamento prestato (curriculare o sostegno)** | **Monte ore week** | **Tipologia di contratto di lavoro (1)** | **Contratto collettivo di lavoro applicato (2)** |
| ***ES. CAIO SEMPRONIO*** | ***SMRCAIxxxxxxxxxx*** | ***Laurea*** | ***SI*** | ***curricula*** | ***24*** | ***tp*** | ***scuola*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* DATI RELATIVI AL CALENDARIO SCOLASTICO**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA DI APERTURA |  | DATA DI CHIUSURA |  |
| CALENDARIO DELLE FESTIVITA' |  |

NOTE:

1. **V** = VOLONTARIO; **TP** = DIPENDENTE A TEMPO PIENO; **PT** = DIPENDENTE PART-TIME; **ALTRO** (SPECIFICARE TIPOLOGIA)
2. ESEMPIO: **SCUOLA**, **ENTI LOCALI**, **F.I.S.M**, ECC.

**RICHIESTA DI RINNOVO ANNUALE ABILITAZIONE SIDI**(per coloro che erano già in possesso delle credenziali nell’anno scolastico 2020/2021)

**Il sottoscritto**

|  |
| --- |
| \* NOME E COGNOME |
|  |
| \* CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**In considerazione dell’avvio nell’anno scolastico 2020/21 della scuola**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* CODICE MECCANOGRAFICO DELLA SCUOLA | **R** | **C** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Chiede l’abilitazione dell’username**

|  |
| --- |
|  |

**DICHIARAZIONE FINALE**

\* IN BASE ALL’ART. 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445, IL SOTTOSCRITTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SCUOLA PARITARIA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL’ART. 76 DEL MEDESIMO DECRETO IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE,

DICHIARO:

* CHE QUANTO DICHIARATO ED ISCRITTO NELLE SEZIONI DEL PRESENTE MODELLO CORRISPONDE AL VERO
* CHE I LOCALI SCOLASTICI RISPETTANO LE REGOLE DI SICUREZZA E DI IGIENE PREVISTE DALLE NORME VIGENTI E CHE LE RELATIVE CERTIFICAZIONI SONO AGLI ATTI DELLA SCUOLA PER OGNI EVENTUALE RICHIESTA DI VISIONE O ISPETTIVA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUOGO E DATA | TIMBRO DELLA SCUOLA | FIRMA IN ORIGINALE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA’ (ART. 38 DPR 445/2000) |
|  |  |