



Antonio Cardarelli

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
Via Antonio Cardarelli 9 – 80131 Napoli
UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Modulistica di
Immissione in servizio

Check-List
Versione 02/2020

Settore Giuridico

- Compilazione Anagrafica – Data _____ - Dipendente _____
- Inquadramento Giuridico – Data _____ - Dipendente _____
- Inserimento in GOP – Data _____ - Dipendente _____
- Fascicolo Individuale – Data _____ - Dipendente _____

Trattamento Economico

- Inserimento Dati Bancari – Data _____ - Dipendente _____
- Inserimento Dati Fiscali – Data _____ - Dipendente _____
- Aggregazione personale – Data _____ - Dipendente _____
- Inquadramento stipendiale – Data _____ - Dipendente _____

Documenti da richiedere al dipendente

Certificato di Servizio/Stipendiale	Obbligatorio per mobilità e per il personale con precedenti incarichi presso PP.AA.
Fotocopia Documento Riconoscimento	Obbligatorio
Fotocopia Codice Fiscale	Obbligatorio
Fotocopia Titolo di Studio	Obbligatorio
N. 3 Fototessere	Obbligatorio
Codice Iban	
Dichiarazione/730 redditi anno precedente	
Certificazione Unica anno precedente	
Certificato Invalidità	Obbligatorio per sezione Abbattimento Irap



Dichiarazione Sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47
D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Il/La sottoscritto/a _____,
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di false
attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

A. Compilazione Anagrafica

- Di essere nat___ a _____ (_____),
il ____/____/____;
- Di possedere il seguente C.F. _____;
- Di essere residente a _____ (_____),
in via _____, n. _____, CAP _____;
- Di essere domiciliato a _____ (_____),
in via _____, n. _____, CAP _____;
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati dell'Unione Europea;
- Di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (in caso negativo indicare i motivi):
_____;
- Di godere dei diritti politici;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (in caso contrario
indicare le condanne penali riportate o i procedimenti penali in atto)
_____;
- Di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente
posizione _____;
- Di avere il seguente stato civile:



- Libero;
- Coniugato – Dal ____/____/____;
- Legalmente Separato - Dal ____/____/____;
- Divorziato - Dal ____/____/____;
- Vedovo.

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- 10 LICENZA ELEMENTARE
- 20 LICENZA MEDIA
- 30 DIPLOMA DI QUALIFICA DI ISTITUTO PROFESSIONALE
- 40 DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE AD INDIRIZZO PROF.LE
- 50 DIPLOMA TERZIARIO EXTRA-UNIVERSITARIO
- 71 LAUREA DI PRIMO LIVELLO - Nuovo ordinamento (corsi di 3 anni)

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;

- 74 LAUREA SPECIALISTICA - Nuovo ordinamento (corsi di secondo livello di 2 anni)

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;

- 73 LAUREA SPECIALISTICA A CICLO UNICO - Nuovo ordinamento (corsi di 5/6 anni)

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;

- 70 LAUREA - Vecchio o nuovo ordinamento (corsi di durata compresa tra i 2/6 anni)

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;



- 72 DIPLOMA DI LAUREA - Vecchio ordinamento (corsi di 4/6 anni)

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;

- 81 MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO
- 82 MASTER UNIVERSITARIO DI SECONDO LIVELLO
- 83 DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE

In _____;

Conseguito presso _____, in data _____;

- 90 TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA

- A0001 ISCRIZIONE ALBO

_____;

Sede _____, dal _____;

- Di voler essere contattato ai seguenti recapiti:

Telefono Fisso _____ Cellulare _____;

Mail Personale¹ _____;

Mail PEC _____;

- Di non trovarmi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dall'art. 53 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i;

- Di optare, con riferimento al rapporto di lavoro con l'Azienda, il seguente regime²:

Regime di Lavoro Esclusivo;

Regime di Lavoro **Non** Esclusivo.

¹ La mail verrà adoperata per l'inserimento nel sistema di gestione dei cedolini paga e per l'accesso alla piattaforma NoiPa.

² Previsto unicamente per il personale afferente la Dirigenza Medica e Sanitaria non medica ad esclusione del personale afferente le Professioni Sanitarie.



B. Precedenti Esperienze Lavorative negli Enti del Comparto Sanità

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione³ _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica⁴ _____

Fascia di Esclusività⁵ - Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività - Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività - Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

³ Inserire “a tutt’oggi” se ancora in corso alla data di sottoscrizione della presente autodichiarazione

⁴ Previsto unicamente per il personale afferente alla Categoria Comparto

⁵ Previsto unicamente per il personale afferente alla Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria



Antonio Cardarelli

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
Via Antonio Cardarelli 9 – 80131 Napoli
UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Modulistica di
Immissione in servizio
(Versione 02/2020)

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;



Antonio Cardarelli

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
Via Antonio Cardarelli 9 – 80131 Napoli
UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Modulistica di
Immissione in servizio
(Versione 02/2020)

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

- Di aver svolto/di svolgere le seguenti attività lavorative:

Data Assunzione _____ - Data Cessazione _____

Presso _____;

Qualifica _____; Fascia Economica _____

Fascia di Esclusività Minore di 5 anni - Tra 5 – 15 anni - Maggiore di 15 anni

Rapporto di lavoro a tempo determinato indeterminato

Full Time Part Time al _____ (percentuale) – Orizzontale Verticale;

	<h1>Antonio Cardarelli</h1> <p>AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE Via Antonio Cardarelli 9 – 80131 Napoli UOC GESTIONE RISORSE UMANE</p>	<p><u>Modulistica di</u> <u>Immissione in servizio</u> (Versione 02/2020)</p>
----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

C. Dati Bancari e Fiscali

Coordinate bancarie

- Di richiedere il pagamento delle competenze stipendiali sul conto di cui al Codice Iban:

Allegato

Di seguito riportato:

Intestatario

_____;

Istituto Bancario

_____;

Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assegno e nucleo familiare

- Che il proprio nucleo familiare è così composto

Cognome e Nome	Relazione di parentela	Codice Fiscale / Data di nascita	Posizione ⁶
	<i>(richiedente)</i>		

⁶ Per ogni componente indicare, se presente, una o più delle seguenti posizioni:

“S” – studente. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera “M”;

“A” – apprendista. Per i figli di età compresa fra i 18 e i 21 anni aggiungere la lettera “M”;

“I” – persona che si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero minorenni con difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (In tal caso allegare la comprovante documentazione rilasciata dalle Competenti Commissioni sanitarie);

“O” – orfano/a.



- In relazione al nucleo familiare di cui al precedente punto:

- di **non** richiede il pagamento degli assegni relativi al trattamento di famiglia⁷;
- di richiedere il pagamento degli assegni relativi al trattamento di famiglia e a tal fine comunica i seguenti redditi di riferimento, maturati nell'anno⁸ _____:

Redditi	Dichiarante	Coniuge o unito/a civilmente⁹	Altri familiari¹⁰	Totali
Redditi da lavoro dipendente e assimilati				
Redditi a tassazione separata				
Altri redditi				
Redditi esenti				
Totali				

REDDITO COMPLESSIVO

NOTE PER INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

Redditi da lavoro dipendente e assimilati	Importi di cui ai punti 1, 2, 3,4 35, 481, 496 e 497 del C.U. 2019, nonché altri eventuali redditi da considerare ai fini del trattamento di famiglia ai sensi della normativa vigente.
Redditi a tassazione separata	Importi di cui ai punti 511 e 512 del C.U. 2019 ¹¹ ; sono esclusi i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni su tali trattamenti.
Altri redditi	Importi desumibili dai vigenti modelli fiscali. (730-3, righe 1, 2, 3, 5, 6, 7, 147 e 148 – Modello Unico vedere i dati riportati nei singoli riquadri.
Redditi esenti	Vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva se superiori, complessivamente, ad € 1.032,91 annui.

⁷ In tal caso il dipendente dichiara di essere a conoscenza di non poter richiedere i carichi familiari spettanti prima della prima sessione utile (Aprile – Luglio) successiva alla data di sottoscrizione della presente dichiarazione.

⁸ Occorre inserire i redditi relativi all'ultimo anno di cui è disponibile la Dichiarazione Unico e/o Modello 730.

⁹ Non legalmente ed effettivamente separato.

¹⁰ Figli ed equiparati minorenni, maggiorenni fino a 21 anni studenti ed apprendisti, maggiorenni inabili, fratelli, sorelle, nipoti, orfani minorenni o maggiorenni inabili

¹¹ I punti indicati possono variare nelle certificazioni uniche anni successivi, in ottemperanza alle disposizioni di legge.



Ulteriori Dichiarazioni per assegni familiari
(DA COMPILARE SOLO SE RICHIESTO IL PRECEDENTE PUNTO)

- Che per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia;
- Che per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non è stato richiesto altro trattamento di famiglia da parte di persone che non compongono il nucleo familiare (ex coniuge, coniuge separato, convivente o altri);
- Di farsi carico di consegnare all'Ufficio Trattamento Economico, entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione della presente dichiarazione, apposita dichiarazione del coniuge o della parte unita civilmente, da redigere in conformità al seguente fac-simile.

Fac-simile dichiarazione

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE O DELLA PARTE UNITA
CIVILMENTE¹²

Il/La sottoscritt__, Cognome e Nome, Luogo e Data di Nascita, consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

per i soggetti indicati nella tabella della composizione relativa al proprio nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia.

Data

Firma

¹² Alla dichiarazione va allegato apposito documento di identità del dichiarante.



Abbattimento Irap

- In relazione all'abbattimento dell'aliquota Regionale per le Attività Produttive (IRAP) in virtù dell'art. 11 comma 1 del D.Lgs 446/1997 per talune categorie di dipendenti:

- Di **non** rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della Legge 104/92 che identifica i soggetti disabili e/o di quelli relativi alla normativa per il collocamento obbligatorio;
- Di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della Legge 104/92¹³ che identifica i soggetti disabili e/o di quelli relativi alla normativa per il collocamento obbligatorio;

Bonus Renzi

- In relazione alle disposizioni contenute nell'art. 1 del DL n. 66/2014¹⁴ che prevedono, al verificarsi di specifiche condizioni reddituali, il diritto a percepire un bonus su base annua in relazione al reddito annuo lordo:

- di richiedere la **non** applicazione del bonus di cui all'art. 1 del DL n. 66/2014;
- di richiedere l'applicazione del bonus di cui all'art. 1 del DL n. 66/2014;

Detrazioni Lavoro Dipendente

- In relazione alle detrazioni d'imposta per lavoro dipendente di cui all'art. 13 del TUIR:

- di richiedere la **non** applicazione delle detrazioni¹⁵;
- di richiedere l'applicazione delle detrazioni;

Detrazioni Figli e/o Familiari a carico

- In relazione alle detrazioni di imposta per carichi familiari di cui all'art. 12 del T.U.I.R.¹⁶:

- di non avere diritto ad alcuna detrazione per familiari a carico;

¹³ In tal caso allegare Decreto di Invalidità.

¹⁴ C.d. "Bonus Renzi"

¹⁵ Le detrazioni spettanti al lavoratore dipendente in funzione del rapporto di lavoro vanno sempre riconosciute. Nel caso però che il lavoratore ha contemporaneamente due rapporti di lavoro è opportuno richiedere la detrazione solo a uno dei due datori di lavoro.

¹⁶ Tale dichiarazione ha valore per l'anno fiscale in corso ed, in mancanza di comunicazioni di variazione, per le annualità successive.



di avere diritto alle seguenti detrazioni¹⁷:

		Cognome e Nome	Codice fiscale / Data Nascita
<input type="checkbox"/>	Coniuge	_____	_____ / _____

N. Figli	Cognome e Nome	Indicare % a carico		Indicare se disabile ¹⁸	I° figlio in mancanza del coniuge ¹⁹	Codice fiscale / Data Nascita
		50	100			
1° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
2° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ / _____
3° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ / _____
4° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ / _____
5° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ / _____
6° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ / _____

N. Familiari	Cognome e Nome	Indicare % a carico		Codice fiscale / Data Nascita
		50	100	
1° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
2° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
3° Figlio	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____

¹⁷ A tal fine la dichiarazione è da intendersi che il reddito percepito da ciascuno dei familiari a carico non è superiore a euro 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili.

¹⁸ Figli portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, 104.

¹⁹ In caso di un figlio che prende il posto del coniuge, il numero dei figli quindi deve essere conteggiato senza tenere conto del primo.



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
Via Antonio Cardarelli 9 – 80131 Napoli
UOC GESTIONE RISORSE UMANE

Modulistica di
Immissione in servizio
(Versione 02/2020)

- Di esprimere il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali in osservanza e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e dal GDPR 679/2016.

Napoli, _____

In Fede

Documenti Allegati

Certificato di Servizio/Stipendiale	
Fotocopia Documento Riconoscimento	
Fotocopia Codice Fiscale	
Fotocopia Titolo di Studio	
N. 3 Fototessere	
Codice Iban	
Dichiarazione/730 redditi anno precedente	
Certificazione Unica anno precedente	
Certificato Invalidità	