



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO "D. BORRELLI"
LICEO CLASSICO - SCUOLA DI BASE



Santa Severina - Roccabernarda (KR)
 Via Mattia Preti, 1 - 88832 SANTA SEVERINA (KR)
 Tel. 096251055 Fax 0962555942
 Codice Univoco di fatturazione **UFJEUS**



www.ilborrelli.net



M.I.U.R.



Prot. n° _____

Santa Severina, ____ settembre 2016

DICHIARAZIONE DI SERVIZIO E COMUNICAZIONE DATI PERSONALI- A. T. A.

**Al Dirigente Scolastico
 dell'Istituto Omnicomprensivo "D. Borrelli"
 Santa Severina - Roccabernarda (KR)**

__ I __ sottoscritt_ _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, dichiara quanto segue:

che i dati contenuti nel presente foglio sono resi:

- ai sensi del D.P.R. 445/2000 concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazioni;
- ai sensi del D.L.vo n. 297/94, art. 508, concernente le situazioni di incompatibilità;
- ai sensi della C.M. 3361 del 25.03.03 concernente la dichiarazione dell'idoneità fisica all'impiego;

Comune di nascita | _____ | Prov. (____) data | ____/____/19____

CODICE FISCALE: _____

Residenza anagrafica _____
 (comune - provincia - indirizzo)

Domicilio _____
 (comune - provincia - indirizzo)

Altri recapiti | _____ | _____ | _____ @ _____
 (telefono fisso) (cellulare) (indirizzo e-mail)

A. S. L. di appartenenza n. _____ di _____

Ha assunto servizio presso codesto Istituto nel corso dell'anno scolastico | _____ | _____,

in data | _____ | _____ | _____, per n. ore | _____ | settimanali di servizio, *in qualità di docente scuola:*

- Assistente Amministrativo; Assistente Tecnico; Collaboratore Scolastico;

con incarico a tempo: Indeterminato Determinato P.S.F. N. _____

a seguito nomina : Trasferimento Ass. Provv. / Utilizz. Incarico T.D. Suppl. Breve

di avere svolto l'ultimo servizio presso : _____

La dichiarazione di servizi è stata presentata presso: _____

Santa Severina, ____/____/2016

F I R M A

DICHIARAZIONE NUCLEO FAMILIARE

Stato civile: celibe / nubile coniugato/a divorziato/a vedovo / a

Composizione nucleo familiare:

Cognome e nome	Rapporto di parentela	Nato il ____/____/____ a _____ C. F.	Detrazioni SI/NO (*)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(*) Per il personale a tempo determinato

PRESENZA SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP A CUI SI PRESTA ASSISTENZA

Accreditamento sul c/c postale
 Bancario

le cui coordinate IBAN sono:

(Il codice IBAN è sempre di 27 caratteri ed è pertanto necessario riempire tutte le caselle sotto riportate. Il codice IBAN è indicato sull'estratto conto mensile che arriva a casa oppure può essere richiesto alla banca o alla posta presso cui si ha il conto corrente)

Id.Naz.	Cin	e Cin	ABI	CAB	n. c/c
---------	-----	-------	-----	-----	--------

__ sottoscritt__ si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati soprariportati.

Santa Severina ____/____/ 2016

F I R M A

__ sottoscritt__, ai sensi del D.L.vo n. 196 del 30.06.03, 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.

Santa Severina ____/____/ 2016

F I R M A
