



PRESA DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____
residente in _____ via _____ n. _____ domiciliato/a
in _____ via _____ n. _____ recapiti
telefonici _____ / _____ mail. _____
codice fiscale _____

DICHIARA

- di assumere servizio in data _____
- di essere:
 - ☐ DOCENTE classe di concorso _____
 - ☐ ATA profilo _____ area _____
- posizione giuridica **TEMPO DETERMINATO**
- altro

allega documento di identità

CARTA DI IDENTITÀ

N. _____ rilasciata da comune di _____
Scadenza _____

Altro documento

ASL DI COMPETENZA _____

ULTIMO SERVIZIO PRESTATO

Dal _____ al _____ c/o _____

Caluso, _____

Firma