



ISTITUTO COMPRENSIVO N. 1 ALGHERO

Via XX Settembre n° 231 - 07041 ALGHERO (SS) - Cod. Fisc. 92128500904

Tel. 079/981003 - Fax 079/9730055 - e mail ssic84400p@istruzione.it

ASSUNZIONE IN SERVIZIO

Il sottoscritt _____
nato a _____ () il _____
residente a _____ () via _____ n° _____
TEL. _____ / _____ e mail _____
Titolo di studio _____
Classe di concorso _____ P.S.F. _____

DICHIARA

di assumere servizio in data odierna _____ presso quest'Istituto in qualità di:

• Docente -- Scuola Infanzia / Scuola Primaria / Scuola Media (*)

Su posto -- comune / sostegno / lingua straniera / IRC / normale (*)

• Personale A.T.A. - Assistente amm.vo / Collaboratore scolastico (*)

• Con contratto a tempo indeterminato _____

• Con contratto a tempo determinato dal _____ al _____

In sostituzione di _____

TIPO NOMINA : Supplenza breve ;

Supplenza fino al termine delle lezioni;

Supplenza fino al termine attività didattiche;

Supplenza Annuale;

• Dichiaro di prestare ulteriore servizio presso _____

• Per n° _____ ore dal _____ al _____ Classe Concorso _____

•

• E' già stato in questo Istituto Comprensivo? SI / NO

• E' già stato nella Scuola Media Alghero-2 + Fertilia? SI / NO

• E' già stato al 1° Circolo Didattico di Alghero? SI / NO

Alghero, _____

Con osservanza

Allegati:

• Fotocopia codice fiscale

• Fotocopia documento di riconoscimento

• Altro _____



ISTITUTO COMPRENSIVO N. 1 ALGHERO

Via XX Settembre n° 231 - 07041 ALGHERO (SS) - Cod. Fisc. 92128500904

Tel. 079/981003 - Fax 079/9730055 - e mail ssic84400p@istruzione.it

Dichiara inoltre:

- Di non avere altri rapporti di impiego pubblico e privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 del D.L. n. 29 del 1993 o dall'art. 5005 del D.L. n. 297 del 1994.
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
- Che l'ultima scuola di servizio è stata:
_____ dal _____ al _____
- Dichiara di avere un'anzianità di servizio di anni _____ (almeno 180 gg per A.S.)
- Che in caso di assenza per motivi di salute, l'indirizzo per l'invio di eventuali visite fiscali è il seguente _____
- Che la riscossione delle competenze a qualsiasi titolo dovute venga effettuata con la seguente modalità:
 1. Accredito in Conto Corrente Bancario n° _____
IBAN _____
Banca _____ di _____
 2. Accredito in Conto Corrente Postale n° _____
IBAN _____
Poste Italiane agenzia di _____
- Autorizzo ai sensi della legge 675/96 l'Istituzione scolastica al trattamento dei dati con mezzi elettronici e cartacei:

Alghero _____

Firma
