

SCHEDA INFORMATIVA DATI PERSONALI
AUTOCERTIFICAZIONE

Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire

(art. 2 legge 04/01/1968 n°15 come modificato dall'art. 3 comma 10 della legge 15/05/1997n° 127)

Il sottoscritto

(COGNOME)

(NOME)

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
(Specificare la Tipologia del Titolo) _____
conseguito il _____ presso _____

di essere _____

(celibe – nubile – vedova/o – già coniugato/a – coniugato/a) che il nucleo familiare è composto da:

COGNOME	NOME	RAPPORTO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	LUOGO (prov.)	A CARICO SI/NO
		dichiarante			

Abilitazioni: _____

di essere nella seguente posizione circa gli obblighi militari

di essere iscritto nell'albo dei _____

di essere/NON essere iscritto al Fondo Espero _____

Ai fini dell'autorizzazione (ANNUALE)

() si richiede l'autorizzazione per esercitare la libera professione di

() non si richiede

Istituto di provenienza _____

Ai fini del **T.F.R. (T.D.)** indicare la continuità di servizio negli anni precedenti (specificare i periodi)

a.s. dal..... al.....

.....
luogo e data

.....
firma del dichiarante

ALLEGATI

FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA'

ISCRIZIONE AL SINDACATO

FOTOCOPIA ULTIMO CEDOLINO

RICHIESTA DI LIBERA PROFESSIONE

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI presentata presso _____

PER IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

DATA DI ASSUNZIONE IN RUOLO

GIURIDICO _____

ECONOMICO _____

PRESSO _____