DICHHIARAZIONE DEI SCHEDA SERVIZI SVOLTI DA DOCENTE
(SCUOLA PUBBLICA STATALE)

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

C. F._____

RESIDENZA_____ VIA _____

TELEFONO _____

E-MAIL_____

QUALIFICA _____

ISCRITTO NELLA II^ o III^ FASCIA D'ISTITUTO PRESSO L'AMBITO TERRITORIALE DELLA PROVINCIA DI:

_____

_____

ANNO SCOLASTICO	DAL	AL	NUMERO GIORNI

Il/La sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità dichiara che le informazioni riportate nella presente domanda corrispondono al vero.

Data _____ Firma_____