

PRESA DI SERVIZIO –ASSISTENTI AUTONOMIA A.S. 2025/26

AL DIRIGENTE SCOLASTICO IC CESAREO-SALGARI
paic8bj00v@istruzione.it

COGNOME _____ NOME _____
CODICE FISCALE: _____ SESSO: ☐ M ☐ F
NATO/A A _____ (_____) IL _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ CAP _____
DOMICILIO IN _____ VIA _____ CAP _____
RECAPITI TELEFONICI: TEL _____ CELL _____
CODICE IBAN: _____
E-MAIL: _____

D I C H I A R A

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, IN RIFERIMENTO ALLA NORMATIVA VIGENTE DI:

- ASSUMERE SERVIZIO IN DATA ODIERNA PRESSO QUESTA I.S.
- DI NON TROVARSI IN NESSUNA SITUAZIONE D'INCOMPATIBILITÀ IN RIFERIMENTO ALLA MANSIONE DA SVOLGERE (CARICHI PENDENTI.....)

SI ALLEGA:

- COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E CODICE FISCALE
- POLIZZA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PER INFORTUNIO
- LETTERA INCARICO DEL COMUNE
- DICHIARAZIONE CUMULATIVA

PALERMO, _____

FIRMA _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....E' STATA INFORMATA DELLE MODALITÀ DI
INOLTRO DEL TIMESHEET E DELLA RELAZIONE MENSILE DA INOLTARE ALL'INDIRIZZO MAIL paic8bj00v@istruzione.it

IL SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE LE EVENTUALI VARIAZIONI DI ORARIO E/O ASSENZE