



**Istituto Comprensivo "ENRICO COCCHIA-C.A.DALLA CHIESA"**

Via Tuoro Cappuccini 95 – 83100 Avellino

Tel. 0825/35816 Ufficio servizi alla persona dell'alunno 0825/32041 Fax 0825/33816

Email: [avic885006@istruzione.it](mailto:avic885006@istruzione.it) pec: [avic885006@pec.istruzione.it](mailto:avic885006@pec.istruzione.it)

sito web: [www.scuolacocchia-dallachiesa.gov.it](http://www.scuolacocchia-dallachiesa.gov.it)

Codice Meccanografico **AVIC885006**

Codice Fiscale **92097180647**

Con sedi associate:

Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado Comune di Prata Principato Ultra (AV)

Scuola Infanzia e Primaria Comune di Santa Paolina (AV)

Al Dirigente Scolastico  
IC "Cocchia-Dalla Chiesa"  
Avellino

**ASSUNZIONE IN SERVIZIO**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di assumere servizio in data \_\_\_\_\_ presso questo Istituto Comprensivo a seguito di:

- Trasferimento
- Nomina
- Assegnazione provvisoria
- Utilizzazione

Firma

\_\_\_\_\_

\*NB: compilare in ogni parte il foglio notizie sul retro

## FOGLIO NOTIZIE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Fisso \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Domicilio fiscale \_\_\_\_\_

Data di nomina in ruolo \_\_\_\_\_ classe di concorso \_\_\_\_\_

Titolo di studio : \_\_\_\_\_

Profilo : Docente – ATA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Numero Partita di spesa fissa \_\_\_\_\_ Aliquota mass. applic. x compensi. acc. \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento:

Acc.to C.C. Banca/Posta n. IBAN \_\_\_\_\_

Agenzia di \_\_\_\_\_

## STATO DI FAMIGLIA

Cognome e nome

relazione parentela

data di nascita

| Cognome e nome | relazione parentela | data di nascita |
|----------------|---------------------|-----------------|
| _____          | _____               | _____           |
| _____          | _____               | _____           |
| _____          | _____               | _____           |
| _____          | _____               | _____           |

## DICHIARAZIONE

Percepisce Assegno Nucleo Familiare SI  NO

Gode di pensione INPS SI  NO

L'ASL di appartenenza è \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_

Nel precedente anno scolastico ha prestato servizio presso \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Non si trova nelle condizioni di incompatibilità previste dagli artt. 91 e 92 del DPR 31/05/1974 n. 417 né di svolgere esercizio di libera professione.

Avellino \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_