



MOD DC04

COMUNICAZIONE DATI PERSONALI

Al **D.S. S.M.S. VIRGILIO**
- Paternò - CT

Prot. _____ del _____

___ sottoscritt_:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. di ___ data di nascita _____,

Codice Fiscale _____, Tel. _____, Cell. _____

Comune di residenza _____ Prov. di ___ via _____ n. _____,

Comune di domicilio _____ Prov. di ___ via _____ n. _____

mail 1 _____, mail 2 _____, PEC _____,

ASL di appartenenza _____, Gruppo Sanguigno _____

Vaccinazioni effettuate: Certificate Mnemoniche;

1. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>	6. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>
2. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>	7. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>
3. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>	8. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>
4. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>	9. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>
5. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>	10. _____	<i>Tipo</i>	<i>Eseguito in data</i>

Stato di salute: Certificato Dichiarato In corso di accertamento
 Sano Patologia Protocollo terapeutico
 Invalidità perm. Legge 104/92 Permessi INPS/INPDAP

Titolo di studio _____

Classe di Concorso _____ ex _____ descrizione estesa _____

Assunzione in servizio _____, anzianità di servizio _____

Servizio attuale dal _____ al _____ ore _____

Ultima scuola _____

Documentazione di rito archiviata c/o _____

Retribuzione da _____

Partita spesa fissa _____ CC/IBAN _____

Detrazioni figli a carico/inferiori anni 3 _____

Assegni familiari Richiesti Non richiesti Richiesti dal coniuge

_____, li _____

Firma

(Firma leggibile del dichiarante)