

DETTO COMPRENSIVO
DI CASTIGLION FIORENTINO (AR)
CITTÀ METROPOLITANA DI FIRENZE
C.A.P. N.C.
CIVICO N.
PROT. CHILO
nel
del
23/06/2025

Oggetto: Presa di servizio

Il/La sottoscritto/a DI CAPUA STEFANIA

Nat. a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____ residente in _____

Via _____ n. _____ cap. _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

Domicilio _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

Di assumere servizio in qualità di COLABORATORE SCOLASTICO

Con contratto a tempo determinato il giorno 23/06/2025

Docente: _____

ATA qualifica COL. SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo N. 196 del 30/06/2003, autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro

Castiglion Fiorentino, 23/06/25



Firma

Stef. Sforza

Dichiara altresì che i dati anagrafici, contabili e situazione familiare sono gli stessi comunicati nel precedente contratto.

Castiglion Fiorentino, 23/06/25

Stef. Sforza
Firma