

A cura della segreteria

N° Prot e data RIPRESA DI SERVIZIO _____

N° Tesserino/badge _____

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI TRESORE BALNEARIO**

OGGETTO: RIPRESA DI SERVIZIO

Il/La sottoscritto/a pienamente consapevole delle responsabilità penali, previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di attestazioni non veritiere, **dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, quanto segue**

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo e provincia di nascita	
Tel./cell. 1		Codice Fiscale	
Residente a		Domiciliato a (solo se diverso dalla residenza)	
CAP		CAP	
In via/piazza		In via/piazza	
n°		n°	
Indirizzo mail scuola.istruzione			
Indirizzo mail personale			
in qualità di			

DICHIARA

-di RIASSUMERE SERVIZIO in data

dopo l'assenza per

(specificare tipologia assenza)

dal al

data _____

Firma autografa _____