



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO G. BONAFINI
DI CIVATE CAMUNO

Oggetto: PRESA DI SERVIZIO

Dati del dipendente

Il/La sottoscritto/a

nato/a a (prov.) il

residente in (prov.) CAP

via/piazza n.

(se diverso dalla residenza)

domiciliato/a in (prov.) CAP

via/piazza n.

codice fiscale

recapito telefonico

indirizzo e-mail

Dati relativi alla presa di servizio

DICHIARA

di assumere servizio presso questa Istituzione scolastica in data in qualità di:

☐ **DOCENTE SCUOLA DELL'INFANZIA**

ore settimanali:/25

☐ posto comune

☐ sostegno

☐ **DOCENTE SCUOLA PRIMARIA**

ore settimanali:/24

☐ posto comune

☐ lingua inglese

☐ ed. motoria

☐ sostegno

☐ **DOCENTE SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**

ore settimanali:/18

classe di concorso:

☐ **DOCENTE DI RELIGIONE**

ore settimanali:/.....

☐ infanzia

☐ primaria

☐ secondaria

☐ **PERSONALE ATA**

ore settimanali:/.....

☐ assistente amministrativo

☐ collaboratore scolastico

con rapporto di lavoro a

☐ TEMPO DETERMINATO

☐ TEMPO INDETERMINATO



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO "Giuseppe Bonafini" – Civate Camuno

Via Cortiglione, 17 – 25040 Civate Camuno (BS) – Telefono: 0364.340454

a seguito di:

- ☐ TRASFERIMENTO (indicare Istituto di provenienza:)
- ☐ ASSEGNAZIONE PROVVISORIA (indicare Istituto di titolarità:)
- ☐ UTILIZZO (indicare Istituto di titolarità:)
- ☐ IMMISSIONE IN RUOLO (allegare il provvedimento di nomina)
- ☐ SUPPLENZA ANNUALE AL 31/08 (allegare il provvedimento di individuazione)
- ☐ SUPPLENZA FINO AL 30/06, TERMINE DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE (allegare il provvedimento di individuazione)
- ☐ SUPPLENZA TEMPORANEA (dal al)
- ☐ altro:

Eventuale scuola di titolarità/completamento:

Istituzione scolastica: per n. ore

.....
Luogo e data

.....
Firma