

Al Dirigente Scolastico
del CPIA di Pordenone

Oggetto: DICHIARAZIONE DI PRESA DI SERVIZIO.

IA sottoscritta SALAFRICA SARA

nat a CATANIA (prov. CT) il 06/06/1998

residente a LENTINI (prov. SR) CAP 96016

Via/Piazza DEGLI OPERAI n. 31

CODICE FISCALE SLFSRA98D66C351B telefono 391 11 67 906

Indirizzo e-mail SARASALAFRICA1998@GMAIL.COM

Numero di partita di spesa fissa _____

DICHIARA

di prendere servizio presso questo Istituto in data 30/05/2023 in qualità
di COLLABORATRICE SCOLASTICA con incarico a tempo indeterminato/determinato
per complessive n. 21 ore settimanali.

Ultimo servizio prestato presso:

Scuola _____ sino al _____

Pordenone, 30/05/2023

