



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ALBINEA

Via Quasimodo, 2 – 42020 Albinea (RE)

Tel.: 0522599153 - 0522597118 Fax: 0522348434

Codice fiscale: 80012790350 - Codice meccanografico: REIC84300X

E- mail: reic84300x@istruzione.it - P.E.C.: reic84300x@pec.istruzione.it

Sito: <https://icalbinea.edu.it>

Codice Univoco Ufficio: UFMTSM



SCHEDE INFORMATIVA PERSONALE DOCENTE E ATA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov (___)

il _____ C.F _____ residente nel comune di _____

prov. _____ via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

email _____

a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle altre disposizioni di legge in materia, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la sua responsabilità,

DICHIARA

- che le informazioni di cui sopra corrispondono al vero e si impegna a comunicare tempestivamente alla segreteria dell'I.C. Di Albinea qualsiasi variazione su indirizzo e recapiti;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____ conseguito il _____ presso _____ con la votazione di _____

Di aver superato 3 anni di servizio. _____

Di non avere superato i 3 anni di servizio _____

Di essere iscritto al Fondo Espero dal _____ di NON essere iscritto al Fondo Espero _____

Che la scuola di provenienza cui richiedere tutta la documentazione inerente la carriera e le assenze é _____

- Che il proprio nucleo familiare è così composto e di avere diritto alle seguenti detrazioni (per la richiesta dell'assegno per nucleo familiare, compilare l'apposita domanda)
- Per coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato;
- per N. figli a carico _____;

con decorrenza _____ (compilare solo se la decorrenza è diversa dalla data di decorrenza della retribuzione)

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE LUOGO E DATA DI NASCITA	1 Figlio in assenza del coniuge	Indicare se disabile	Indicare la percentuale a carico	
				50%	100%

Per N. di altri familiari a carico _____

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE LUOGO E DATA DI NASCITA	Indicare la percentuale a carico	
		50%	100%

Che il reddito complessivo annuo sul quale commisurare le detrazioni è pari ad €

_____ (in caso di mancata indicazione sarà preso in considerazione solo il reddito di lavoro dipendente corrisposto dagli uffici responsabili del trattamento economico).

CHIEDE

Che il trattamento fondamentale ed accessorio venga corrisposto con le seguenti modalità:
sul conto corrente Bancario/postale IBAN SOTTO INDICATO (27 Caratteri)

Banca/Posta _____

IBAN _____

Data _____

Firma _____

**QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DOVRA' ESSERE TEMPESTIVAMENTE
COMUNICATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA**