



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CONDOVE

Via De Amicis, 1 (10055) CONDOVE (TO) ITALIA - Telefono 011/9643192 – 9642181 –
CF 95566010013 e-mail segreteria: TOIC82500Q@ISTRUZIONE.IT

PRESA DI SERVIZIO ANNO SCOLASTICO 2024/25

Il/la sottoscritt _____

Personale A.T.A qualifica: () A.A () C.S.

DICHIARA DI ASSUMERE SERVIZIO (dati tutti obbligatori)

- Ore settimanali: () 36 () 18 () ___
- Part-time svolto nei giorni: () L () M () M () G () V

NOMINATO/A DA: MIM () Dirigente Scolastico()

Tipo Nomina: () ANNUALE 31/8/25 () Fino termine attività did.30/06/25

() supplenza breve e temporanea dal _____ al _____

Tipo graduatoria _____ posto _____ punti _____

Il _____ firma _____

Dati Personali (scrivere in STAMPATELLO)

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ Prov () il _____

Stato civile _____ Cod. Fiscale _____

RESIDENTE a _____ () CAP _____

Via _____ n. _____ ASL n. _____ di _____

Tel. _____ e-mail _____

DOMICILIO FISCALE (se diverso dalla residenza) :

a _____ () cap _____

Via _____ n. _____ ASL N. _____ DI _____

Titolo istruzione _____ che consente l'accesso all'Università SI () NO ()
indicare gli anni di servizio annuale _____ escluso questo in corso

Ogni variazione verrà tempestivamente comunicata in Segreteria

Data _____ firma _____