



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

Via De Amicis, 1 – CONDOVE 10055 (TO) - Telefono 011/9643192 – e-mail segreteria: toic82500q@istruzione.it

**Pres a di servizio ANNO SCOLASTICO 2024/2025**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ **Docente scuola** \_\_\_\_\_

**classe di concorso** \_\_\_\_\_ per insegnamento di insegnamento \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ASSUMERE SERVIZIO (dati tutti obbligatori)**

- **Tipo scuola:** ( ) EE ( ) AA ( ) MM
- **Tipo Posto:** ( ) AN ( ) EH ( ) NN ( ) EH
- **Ore settimanali:** ( ) 24 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) 25 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) 18 ( ) \_\_\_\_\_
- **Scuola completamente per ore** \_\_\_\_\_
- **Part-time svolto nei seguenti giorni:** ( ) L ( ) Ma ( ) Me ( ) 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 giorno** \_\_\_\_\_ **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** \_\_\_\_\_