

(1) **Prot.** _____ **del** _____

a) Di essere in possesso del _____ (indicare titolo di studio) conseguito presso _____
(indicare scuola e/o Università presso la quale è stato conseguito il titolo di studio) in data _____

c) Di aver prestato i seguenti servizio presso le istituzioni scolastiche :

Da convalidare dalla scuola

[illegible]

[illegible]

18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

- (1) N di assunzione al protocollo dell'istituzione scolastica
(2) Numero d'ordine
(3) Indicare anno scolastico e non solare
(4) Indicare la sede di servizio e tipologia di scuola (scuola statale, comunale, legalmente riconosciuta, parificata, pareggiata, paritaria, privata, università, ecc)
(5) Indicare la qualifica: insegnante scuola materna, scuola primaria, educatore, docente scuola media docente scuola superiore, servizio prestato all'estero, ecc
(6) Indicare tipologia del servizio: suppl.breve, incarico ann.o fino al termine delle attività didattiche o continuativo dal 1° febbraio al termine delle attività didattiche
(7) Indicare eventuali diverse decorrenze giuridiche dei servizi
(8) Totale complessivo di tutti i servizi resi nell'anno scolastico
(9) Per i docenti di religione indicare le ore
(10) Visti gli atti d'ufficio si conferma/ non si conferma i dati autocertificati

d) Di aver fruito **durante i periodi di servizio pre – ruolo** dei seguenti periodi di assenza **interrottivi dell’anzianità di servizio** (aspettativa per motivi di famiglia e studio, assenze per malattia senza assegni, permessi non retribuiti e quant’altro):

Da compilare a cura dell’interessato							Da convalidare dalla scuola	
n.	Anno scolastico	Sede di servizio	Tipologia di assenza	dal	al	Anni/ mesi/giorni	Convalida della scuola	Annotazioni eventuali
1								
2								
3								
4								
5								

L’Istituzione Scolastica, nella quale è in servizio l’interessata, attesta l’adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni.

Data_____

Firma del dipendente

il Dirigente scolastico
Prof. Emanuele D’Urso

il DSGA
Dott. Enrico Pitzalis

(Timbro)

- (1) Completare con il timbro della scuola
(2) Barrare i fogli o le parti non utilizzate.