

Dichiarazione dei servizi

ALLEGATO D

Dati generali

__I__ sottoscritt__

Cognome _____

Nome _____

Cognome da coniugata _____

Nat_ il __/__/__ a _____

Provincia di _____ Sesso (F/M) ____

Codice fiscale _____

Residente a _____

_____ C.A.P. _____ Prov. ____

Domiciliato a _____

_____ C.A.P. _____ Prov. ____

Recapito telefonico ____/____

in servizio in qualità di _____

titolare di contratto a tempo determinato/indeterminato

a far data dal __/__/__

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 145 del D.P.R. 1092/73 i seguenti servizi e periodi:

Dichiarazione dei servizi

Dati generali

__I__ sottoscritt__

Cognome _____

Nome _____

Cognome da coniugata _____

Nat_ il __/__/__ a _____

Provincia di _____ Sesso (F/M) ____

Codice fiscale _____

Residente a _____

_____ C.A.P. _____ Prov. ____

Domiciliato a _____

_____ C.A.P. _____ Prov. ____

Recapito telefonico ____/____

in servizio in qualità di _____

titolare di contratto a tempo determinato/indeterminato

a far data dal __/__/__

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 145 del D.P.R. 1092/73 i seguenti servizi e periodi:

Quadro 2 - Servizi militari o equiparati

	n°	Dal	Al	Forza armata, distretto, capitaneria	Descrizione	Codice servizio (a cura dell'Ufficio)	Codice supervalutazione
Servizio militare o di leva							
Servizi equiparati							
Campagne di guerra							

Appartenenza a categorie speciali		Beneficio	Codice categoria
		Anni mesi giorni	a cura dell'Ufficio
Ex combattenti	_____	Profughi e categorie equiparate	_____
Partigiani	_____	Vedove di guerra o per causa di guerra	_____
Mutilati e invalidi di guerra	_____	Perseguitati politici o razziali	_____
Vittime civili di guerra di I cat.	_____	Vittime del terrorismo	_____
Orfani di guerra o figli di invalido di guerra I cat.	_____	Deportati	_____

Quadro 3 - Servizio di ruolo e non di ruolo reso presso istituzioni scolastiche

						Periodo di prestazione						Codici a cura dell'Ufficio							
n°	Anno scolastico	Tipo, natura, denominazione e sede di servizio	Profilo professionale	Titolo di accesso	Tipo di nomina o contratto	Decorrenza giuridica	Data inizio	Data fine	Ributizione (si/no)	n° ore settimanali	Situazione previdenziale	Tipo servizio o assenza	Tipo nomina	Autorità nomina	Tipo scuola	profilo o ruolo/carriera	Qualifica del servizio	Scuole per ciechi	Situazione previdenziale
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													
						Note:													

Quadro 4 - Servizio prestato presso altre Amministrazioni statali, Enti di diritto pubblico, Aziende autonome, Libere Università

			Periodo retribuito				Codici a cura dell'Ufficio				
n°	Denominazione e sede dell'Amm.ne o Ente	Qualifica professionale	Decorrenza giuridica	Data inizio	Data fine	Situazione previdenziale	Tipo Ente	Autorità nomina	Attività svolta	Qualifica del servizio	Situazione previdenziale
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								
			Note:								

[illegible]

[illegible]

Firma del dichiarante: _____

Firma del dichiarante: _____

Firma del dichiarante: _____

Firma del responsable: _____

(*) N. B. Da compilare solo in caso di autocertificazione.