

Dichiarazione dei servizi

Dati generali

Il/la sottoscritto/a	
Cognome _____	
Nome _____	
Cognome da coniugata _____	
Nato/a 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 __/__/__	
abilitato per le seguenti classi di concorso:	

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 1 - Titoli di studio

Tipologia Titolo	Denominazione del corso di studi	n°	Denominazione e sede dell'istituto universitario	Durata legale	Anno accademico di immatricolazione	Data di conseguimento	Anno di corso	Codice titolo (a cura dell'Ufficio)
Diploma di istruzione superiore o artistica								
Diploma di qualifica professionale								
Diploma universitario								
Diploma di laurea								
Dottorato di ricerca								
Diploma di specializzazione post-lauream								
Diploma di Accademia di Belle Arti								
Corso di perfezionamento post-universitario								
Titolo di specializzazione per il sostegno								

Quadro 2 - Servizi militari o equiparati

	n°	Dal	Al	Forza armata, distretto, capitaneria	Descrizione	Codice servizio <small>(a cura dell'Ufficio)</small>	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 6 - Servizi che hanno dato luogo a un trattamento di quiescenza e/o di fine rapporto

riferimento	servizio che ha già dato luogo a:						
	dal	al	trattamento pensionistico	indennità una tantum	costituzione posizione assicurativa	indennità di buonuscita	indennità di fine rapporto

A

Quadri compilati: ___ ___ ___ ___ ___ ___
 per un numero complessivo di pagine: ___

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, per la valutazione dei servizi o periodi suindicati, è necessaria la presentazione di apposita domanda ai sensi dell'art. 147 del D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092 e successive modificazioni e/o integrazioni per il computo con o senza riscatto e, ai sensi delle leggi 523/54, 44/73, 29/79 e 45/90, per la ricongiunzione.

Data: ___/___/___ Firma del dichiarante: _____

B

(*) La presente dichiarazione è redatta ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 4 gennaio 1968, n. 15, come modificato dall'art. 3, comma 2, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

Data: ___/___/___ Firma del dichiarante: _____

C

sottoscritto/a, ai sensi della legge 31 dicembre 1996, n. 675, autorizza l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali.

Data: ___/___/___ Firma del dichiarante: _____

(a cura dell'Ufficio)

La presente dichiarazione è stata presentata in questo Ufficio in data ___/___/___
 ed assunta a protocollo numero _____ in data ___/___/___

Firma del responsabile: _____

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