Dichiarazione dei servizi

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI

Dati generali

_l_ 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 __/__/____
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	Codice supervalutazione (a cura dell'Ufficio)
Servizio militare o di leva							
Servizi equiparati							
Campagne di guerra							

Appartenenza a categorie speciali				Beneficio Anni mesi giorni	Codice categoria 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 o denominazione classe di concorso	Titolo di accesso	Tipo di nomina o contratto	Decorrenza giuridica	Data inizio	Data fine	Retribuzione (si/no)	Trattamento di cattedra o n° ore settimanali	Situazione previdenziale	Sezione	Tipo servizio o assenza	Tipo attività	Tipo nomina	Autorità nomina	Tipo scuola	Classe di concorso o profilo o ruolo/carriera	Qualifica del servizio	Classi differenziali	Scuole per ciechi	Docente privo vista	Specializzato	Scrutini o esami	Intero corso (sc. pop.)	Situazione previdenziale
						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	Sezione	Tipo Ente	Autorità nomina	Attività svolta	Qualifica del servizio	Situazione previdenziale
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									
			Note:									

Quadro 5 - Periodi e servizi resi in qualità di lavoratore autonomo, libero professionista o alle dipendenze di privati

n°	Ente o Cassa Previdenziale		Periodo d'iscrizione			Codici a cura dell'Ufficio	
	Denominazione	Sede	Dal	Al	Note	Sezione	Situazione previdenziale

Quadro 6 - Servizi che hanno dato luogo a un trattamento di quiescenza e/o di fine rapporto

			servizio che ha già dato luogo a:				
riferimento	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: ___

_l_ sottoscritt_ 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

_l_ sottoscritt_, 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.