ASSUNZIONE DI SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno) / /

Residente a

Prov. (sigla) CAP

Via / n° civico

N. cellulare

N. tel. fisso

E.mail

DICHIARA

di assumere regolare servizio presso IIS “P. A. FIOCCHI” di Lecco

in data (giorno/mese/anno) / /

in qualità di ☐ DOCENTE ☐ A.T.A.

Dichiara, inoltre, di essere disponibile a firmare i contratti con la Firma Elettronica Avanzata (FEA), tramite identità digitale (SPID).

☐ SI ☐ NO

Data / /

Firma