



Cognome: _____	Nome: _____		Codice Fiscale: _____				
Luogo di nascita: _____	Prov. di _____		Data di nascita: ____/____/____				
Comune di residenza: _____	Cap: _____	Indirizzo: _____			Tel. _____ Cell. _____		
Domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____	Cap: _____	Indirizzo: _____					
Qualifica (tempo Indeterminato - sup. Annuale - sup. Temp.): _____	Materia di insegnamento o profilo professionale: _____				Data assunzione: ____/____/____		
Ore settimanali: nei seguenti giorni	<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì	<input type="checkbox"/> Sabato	Classi in insegnamento: _____
Familiari a carico per detrazioni fiscali: _____	Titoli di studio: _____						
Nominativo	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Laurea/diploma Conseguito il ____/____/____ Presso _____	Abilitazione conseguita il ____/____/____	Altri titoli	
Modalità di pagamento	<input type="checkbox"/> Quietanza diretta						
	<input type="checkbox"/> Accredito sul C/C B		IBAN: _____				
	<input type="checkbox"/> Accredito sul C/C P		IBAN: _____				
Moss SERVIZI PRESTATI PRESSO ALTRE SCUOLE O ISTITUTI							
Dal	Al	Presso			In qualità di		
Dal	Al	Presso			In qualità di		