

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|---|--|
| 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 Conseguit__ il ____/____/____ Presso _____ | Abilitazione conseguit__ 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 |