



DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO

MODULO C4

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al Dirigente Scolastico
del CPIA N°1 di Cagliari

___/___/___ Sottoscritt___

COGNOME _____ NOME _____

NAT ___ A _____ STATO _____ IL ___/___/___

CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV (_____) CAP. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TEL/CELL. _____ E-MAIL _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ___/___/___ AL DISTRETTO N° _____

SEDE DI _____

- | | | |
|----------------------|---|--|
| <i>In qualità di</i> | <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> INDETERMINATO |
| | <input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO <i>Con contratto a</i> | <input type="checkbox"/> DETERMINATO AL 30/06 O 31/08 |
| | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMMINISTRATIVO | <input type="checkbox"/> SUPPLENZA BREVE |

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

che il proprio familiare _____

nato a _____ il ___/___/___

NON si trova ricoverato a tempo pieno in Istituto struttura pubblica o privata.

Data _____ **Firma** _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.