

MODULISTICA IMMATRICOLAZIONE

MATR. _____ DECORRENZA _____

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

TITOLO DI STUDIO _____

RESIDENZA: COMUNE _____, PROV (_____)

VIA _____, N. _____, CAP _____

DOMICILIO: COMUNE _____, PROV (_____)

VIA _____, N. _____, CAP _____

STATO CIVILE _____

CARICHI FAMILIARI SI NO

QUALIFICA _____

TELEFONO _____

MAIL/PEC _____

GESTIONE RISORSE UMANE - UFFICIO ECONOMICO
MODELLO DI COMUNICAZIONE CODICE IBAN

Il/la sottoscritto/a matricola.....
 dipendente dell'Azienda e in servizio presso il Reparto/Settore.....
 chiede che tutte le competenze gli vengano accreditate presso il seguente Istituto:.....
 precisando che il codice IBAN è il seguente:

PAESE	(CARATTERE)	(CIN)	(A)	B	I)	(C	A	B)	(C O N T O	C O R R E N T E)
I	T	*			*			*		

DATA.....
 FIRMA.....

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITA'**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente
decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75
e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato

a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione
continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con
soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi
espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'
Amministrazione

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53
del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs.
n. 39/2013.

_____ / _____

_____ Firma