

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

tel./cell. _____ e-mail _____

in servizio presso il CPIA di Matera sede _____ in qualità di:

Docente ATA

con contratto a tempo:

Determinato Indeterminato

avendo chiesto i benefici previsti dalla legge n. 104/92, art. 33/3

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445 che il proprio familiare _____

nato a _____ il _____

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

Data, _____

IN FEDE
