

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo I Via Mariani

Lissone

Il / La sottoscritt _____,

in qualità di DOCENTE – ATA – GENITORE dell'alunno _____

classe _____ sez. _____ plesso _____,

indirizzo e recapito telefonico _____

CHIEDE

il rilascio della seguente certificazione:

- certificato di servizio uso *Ricostruzione carriera*
- certificato di servizio Mod.60 uso *Buonuscita I.N.P.D.A.P.*
- certificato di servizio Mod.60 uso *Trattamento di quiescenza*
- certificato di servizio Mod.60 uso *Dichiarazione servizi pre-ruolo*
- certificato di servizio uso *Consentito dalla Legge*
- certificato di servizio uso *Immissione in Ruolo/Concorso*
- certificato di *iscrizione e frequenza dell'anno scolastico* _____
- certificato sostitutivo del *Diploma di Licenza Media* (si allega denuncia di smarrimento)
- certificato di *licenza*
- dichiarazione uso _____
- richiesta compilazione *modello disoccupazione* (di cui si allega modello)
- altro (specificare) _____

Data _____

Firma del richiedente

Indicare la modalità di ritiro _____