

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI
Dati Generali

I sottoscritt_

Cognome _____

Nome _____

Cognome da coniugata _____

Nat_ il ____/____/____ a _____

Provincia di _____ (F/M) _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Domiciliato a _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Telefono _____

in servizio in qualità di _____

titolare di contratto a tempo determinato indeterminato

a far data dal ____/____/____

abilitato/a per le seguenti classi di concorso o posti di ruolo:

DICHIARA

ai sensi dell'art. 145 del D.P.R. 1092/73 i seguenti servizi e periodi:

Quadro 2

SERVIZI MILITARI O EQUIPARATI

	n°	Dal	Al	Forza armata, distretto, capitaneria	Descrizione	Codice servizio (a cura dell'Ufficio)	Codice supervalutazione
Servizio militare o di leva							
Servizi equiparati							
Campagne di guerra							

Appartenenza a categorie speciali				Beneficio	Codice categoria (a cura dell'Ufficio)
				Anni mesi giorni	
Ex combattenti	___	Profughi e categorie equiparate	___	___ ___ ___	
Mutilati e invalidi di guerra	___	Perseguitati politici o razziali	___		
Vittime civili di guerra di I cat.	___	Vittime del terrorismo	___		
Orfani di guerra o figli di invalido di guerra	___	Deportati	___		

Quadro 4

SERVIZIO PRESSO ALTRE AMMINISTRAZIONI STATALI,
ENTI DI DIRITTO PUBBLICO, AZIENDE AUTONOME, LIBERE UNIVERSITÀ

n°	Denominazione e sede dell'Amm.ne o Ente	Qualific a professionale	Periodo retribuito		Data fine	Situazione previdenziale	Codici a cura dell'Ufficio						
			Decorrenza giuridica	Data inizio			Quadro	Tipo Ente	Autorità nomina	Attività svolta	Qualifica del servizio	Situazione previdenziale	
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										
			Note:										

