

Spett.le
I.S.I.S " D'ESTE- CARACCILO"
Via G. Savarese –Napoli

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Giovanna Scala

DICHIARAZIONE REPERIBILITA' AI FINI DELLA VISITA MEDICA DI CONTROLLO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in servizio presso codesta istituzione scolastica nel profilo di Docente/Ata _____
a tempo determinato/indeterminato. Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità civili e
penali in caso di dichiarazione mendace, ai fini dell'effettuazione della visita medica di controllo da parte
dell'INPS

Dichiara sotto la propria responsabilità

Di essere reperibile al seguente indirizzo di residenza e/o domicilio:

Comune _____

Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via-traversa-piazza etc) _____ n. _____

Scala _____ Piano _____ Interno _____

Cognome sul citofono _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente sull'amministrazione di appartenenza
eventuali variazioni.

Napoli. ____/____/____

Firma
