

Al Dirigente Scolastico
Della S.M.S. "N. MARTOGLIO"

BELPASSO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ (_____)

Codice Fiscale _____

Con riferimento a T.F.R. maturato per il servizio dal ____/____/____ al ____/____/____

(data di cessazione) (*)

D I C H I A R A

Che nel primo giorno lavorativo successivo alla data di cessazione (*) non ha prestato servizio presso altra Amministrazione Pubblica iscritta all' I.N.P.D.A.P.

Belpasso, 17/03/2014

Firma
