Alla sede territoriale INPS

di LUCCA

L’istituto scolastico …………………………………………………………………………………………………………………………

nella persona del relativo Legale Rappresentante/Dirigente Scolastico………………………………………….

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------,

richiede a codesta sede, ai fini di accertare ai sensi dell’art. 7 comma 5 del D.M. 640/2017 la

veridicità dei titoli di servizio dichiarati dal soggetto …………………………………………………………………

c.f. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

una verifica in merito alla sussistenza della copertura contributiva correlata al rapporto di lavoro

subordinato prestato presso l’Istituto ………………………………………………………………………………………………

nel seguente periodo/i:

*RISCONTRI INPS SUL PERIODO*

…………………………………………. PRESENZA PERIODO SI NO

------------------------------------- “ SI NO

-------------------------------------- “ SI NO

………………………………………….. “ SI NO

Tale dichiarazione viene rilasciata per gli usi consentiti dalla legge e al solo scopo di accertare la veridicità della dichiarazione resa dall’interessato, ai fini della valutazione dei titoli utili all’attribuzione del punteggio di inserimento nella graduatoria d’istituto, valida per il triennio 2018 – 2021, relativa alla procedura di reclutamento del personale ATA III fascia, indetta con il predetto D.M. 640/2017.

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO FIRMA PER ATTESTAZIONE CONTROLLI

RESPONSABILE

AGENZIA FLUSSI CONTRIBUTIVI