



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Campania*  
**UFFICIO IV**

**FORMAZIONE DOCENTI NEOASSUNTI A.S. 2014/2015**

**DATI ANAGRAFICI**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>SESSO</b>	
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>PROVINCIA DI SERVIZIO</b>	
<b>CODICE ISTITUTO DI SERVIZIO</b>	
<b>ORDINE/GRADO DI INSEGNAMENTO</b>	
<b>CODICE MATERIA</b>	
<b>DATA DI IMMISSIONE IN RUOLO</b>	
<b>SEDI PRESCELTE PER LA FORMAZIONE</b>	<b>Prima opzione:</b> <b>Seconda opzione:</b>

Il/la sottoscritta dichiara di non aver svolto analogo formazione riservata al personale docente neoassunto.

Data

Firma