**DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITA’**

**(parentela e/o affinità con alunni e colleghi dell’ Istituzione entro il quarto grado)**

***Ai sensi del D.P.R. 445/2000***

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ………………………………........................................................... NATO/A A ……………………………………………………………….. IL ………………………

RESIDENTE A ………………………………………….. VIA ……………………………………..

* DOCENTE SCUOLA DELL’INFANZIA
* DOCENTE SCUOLA PRIMARIA
* DOCENTE SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

CON CONTRATTO A

* TEMPO INDETERMINATO
* TEMPO DETERMINATO

DICHIARA

* DI AVERE VINCOLI DI PARENTELA E/O AFFINITA’ ENTRO IL QUARTO GRADO CON ALUNNI E/O COLLEGHI DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA BOVA MARINA-CONDOFURI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nominativo alunno** | **Plesso** | **Classe di iscrizione/frequenza per l’anno scolastico 2024-2025** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nominativo collega** | **Plesso**  | **Classe di docenza per l’anno scolastico 2024-2025** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bova Marina, ………………… ...........................................................

 (firma)