

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

\_\_\_\_\_