

	Amministrazione destinataria Regione Basilicata Ufficio destinatario Ufficio protocollo	
--	--	--

Domanda di collaborazione occasionale da parte di dipendenti comunali

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
in qualità di (questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)										
Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia				
Sede legale										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

☐	che sè stesso																				
☐	che il seguente dipendente																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td>Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td>Data di nascita</td> <td colspan="2">Luogo di nascita</td> <td>Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> </table>	Cognome		Nome		Codice Fiscale						Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Cognome		Nome		Codice Fiscale																	
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza																	

che attualmente svolge il proprio incarico all'interno del settore o servizio	
Settore o servizio	

sia autorizzato a svolgere il seguente incarico	
Descrizione incarico	

nel periodo		
Dal	Al	Numero giornate

con compenso	
Compenso	
☐	a titolo gratuito
☐	a titolo oneroso
	Compenso lordo
	€

