

SCHEDA IDENTIFICAZIONE ESPERTI PRESTAZIONI D'OPERA

COGNOME E NOME _____	NATO A _____
IL _____	RESIDENTE _____
CAP _____	INDIRIZZO _____
TEL _____	CODICE FISCALE _____
E MAIL _____	

CALENDARIO E FASCE ORARIE _____

TIPO DI INTERVENTO _____

COSTO: a titolo gratuito

Si allegano:

- carta d'identità
- codice fiscale
- _____

Data _____

Firma del richiedente _____

- Si autorizza
- Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Arianna Fioravanzo