

Richiesta TESSERA DI
RICONOSCIMENTO
MODELLO AT

Ufficio Scolastico Regionale della Sardegna

Ufficio V° A.T.P. di Cagliari

Il / La_ sottoscritto/a _____

in attività di servizio presso _____

con qualifica _____

CHIEDE CHE VENGA RILASCIATA LA TESSERA DI RICONOSCIMENTO – MODELLO AT

A SE MEDESIMO

nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / _____

residente in _____ via _____

stato civile _____

statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| - E' assunta con un contratto a tempo indeterminato | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Esiste provvedimento di separazione legale o consensuale | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Acconsente affinché la tessera sia resa valida per l'espatrio | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| - Dichiara di non essere possessore di altra tessera AT o BT | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto dichiara altresì, sotto la propria responsabilità:

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative al rilascio del passaporto o documento equipollente, di cui all'art. 3 lettere b, d, e, g, della legge 1185/67
- di essere a conoscenza delle disposizioni dettate dal D.P.R. n. 649 del 6/8/1974 "Disciplina dell'uso della carta di identità e degli altri documenti equipollenti al passaporto ai fini dell'espatrio"
- che i dati trascritti rispondono a verità e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente per le dichiarazioni mendaci
- che la fotografia allegata è la propria

Data, ____ / ____ / _____

(firma del richiedente)

Visto del Dirigente Scolastico per la firma del richiedente

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Tessera rilasciata **Mod. AT** n° _____ il ____ / ____ / _____

Consegna : data: _____ firma _____