

	Amministrazione destinataria Regione Abruzzo Ufficio destinatario	
--	---	--

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	CAP
Telefono fisso	Telefono cellulare		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	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA		
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

☐	che sè stesso				
☐	che il seguente dipendente				
	Cognome	Nome		Codice Fiscale	
	Data di nascita	Sesso	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				
	€				

