**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**

*“G. CIGNA – G. BARUFFI – F. GARELLI”*

Via di Curazza, 15 • 12084 MONDOVI’ • tel. 0174/42601

e-mail: [[cnis02900p@istruzione.i](mailto:cnis02900p@pec.istruzione.it)t](mailto:itismond@itismondo.it) • pec: [cnis02900p@pec.istruzione.it](mailto:cnis02900p@pec.istruzione.it)

sito web: <http://www.cigna-baruffi-garelli.edu.it>

C. F. 84004970046

Istituto *Cigna*: Liceo Sc. Scienze Applic., Ist. Tec. (Mecc. Meccatr. En, Elettron. Elettrotec. Autom, Chim. Mat. Biotec.)

Istituto *Baruffi*: Ist. Tec. (Amministraz. Finanza e Market., Servizi Informat. Aziendali, Costruz. Ambiente e Territorio)

Istituto *Garelli*: Ist. Prof. (Arti aus. prof. sanit.: Odontotecnico, Manutenzione e Assistenza Tecnica con qualifiche prof.)

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

MODELLO A – PERSONALE A.T.A.

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Informativa dei cui all’art. 1 del D.lgs. n. 152/1997, come modificato dall’art. 4 del D.lgs. n. 104/2022

In relazione al contratto individuale di lavoro stipulato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, si forniscono alla S.V. le seguenti informazioni:

1. il luogo di lavoro assegnato è*[indicare il plesso o i plessi di servizio]*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. la sede legale del datore di lavoro è *[indicare l’indirizzo della sede legale dell’I.S.]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. la durata del periodo di prova è di­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*due o quattro mesi di effettivo servizio secondo il profilo professionale]*
4. la retribuzione sarò corrisposta, di regola, mensilmente tramite il sistema NoiPa, mediante accredito su conto corrente bancario o postale
5. l’orario normale di lavoro è di\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore settimanali, articolati in \_\_\_\_\_ giorni settimanali, con la possibilità di effettuare attività aggiuntive/lavoro straordinario

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Giuseppe CAPPOTTO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma del lavoratore per ricevuta)