



**CITTÀ DI MODUGNO**  
PROVINCIA DI BARI  
**SERVIZIO 4 – ASSETTO DEL TERRITORIO**  
Via Rossini n° 49 – 70026 Modugno tel 080.5865396 - fax 080.5865343  
[assettodelterritorio.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it](mailto:assettodelterritorio.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it)

**Prot. 11722 del 04/03/2016**

Al Responsabile del Servizio 14  
Polizia Locale  
Luigi Di Caterino  
SEDE

Al Sig. Michele Mazzelli  
SEDE

Al Responsabile del Servizio 5  
Ing. Franco Bruno  
SEDE

Al Responsabile del Servizio 10  
Arch. Donato Dinoia  
SEDE

Al Responsabile del Servizio 11  
P.O. Alfonsa Marino  
SEDE

↙ Al Responsabile del Servizio 6  
P.O. Donato Martino  
SEDE

Al Responsabile del Servizio 1  
Dott.ssa Angela Straziota  
SEDE

Al Segretario Generale  
Dott.ssa Monica Calzetta  
SEDE

**Oggetto:** richiesta ferie Sig.ra Anna Diliso.

Con la presente, si comunica che dal giorno 25/03/2016 al giorno 31/03/2016 la sig.ra Anna Diliso, dipendente del Servizio 4, sarà assente dal servizio, per ferie. Poiché, secondo le disposizioni del Segretario Generale, la sig.ra Diliso assieme al sig. Mazzelli risultano essere i dipendenti a cui è affidato il protocollo decentrato relativo agli uffici siti in

via Maranda/via Rossini, si avverte che la posta in arrivo di tutti i Servizi 4-5-10-11-14 dovrà essere ricevuta dal sig. Mazzelli, fermo restando le disposizioni del Segretario Generale relative alla posta in uscita.

Distinti Saluti

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO 4  
ASSETTO DEL TERRITORIO  
(Arch. Rosalisa Petronelli)





Al Segretario Generale

Al Responsabile Servizio 1

Al Responsabile Servizio 4

Sede

La sottoscritta Anna Diliso dipendente del Comune di Modugno, assegnata al Servizio 1, con la categoria B2, mansioni di protocollo, distaccata presso il Servizio 4, con ordine del 27/12/2012, prot. n.62086 veniva incaricata di svolgere dette mansioni anche presso il Servizio 5, in assenza del dipendente Giuseppe D'Ambrosio.

Con la presente chiede di essere assegnata al Servizio 4 – Assetto del Territorio atteso che la scrivente per detto Servizio svolge altre mansioni.

Inoltre si chiede di essere assegnata a detto Servizio anche per motivi organizzativi, in particolare pianificazione delle ferie, straordinario ecc.

  
Anna Diliso



# COMUNE DI MODUGNO

Provincia di Bari

\*\*\*\*\*

**II SETTORE URBANISTICA E GESTIONE DEL TERRITORIO**

**ATTIVITA' PRODUTTIVE - AMBIENTE**

**Servizio Sportello Unico Edilizia**

Via Rossini n. 49 - 70026 Modugno - tel. +390805354841 - fax +390805865365

email: [settore2@comune.modugno.ba.it](mailto:settore2@comune.modugno.ba.it)

Protocollo 59313

Modugno, li 13 NOV. 2009

AL I SETTORE A.A.GG.  
UFFICIO PERSONALE

IV SETTORE  
Ufficio Contabilità  
del Personale

LORO SEDE

**OGGETTO:** Comunicazione

Con la presente io sottoscritta DILISO Anna comunico di aver cambiato la residenza da Via PIAVE 45/c  
Alla Via COSENZA n. 24. Tanto si trasmette per gli adempimenti V.S di competenza.

  
Diliso Anna

al Signor Sinobello  
Comune Modugno

COMUNE DI MODUGNO

026540 27AGO96

CAT Modugno

La sottoscritta Diliso Anna nata a  
il 12-03-1966 in residenza a Modugno in  
via Sessori n 12 avendo prestato servizio  
presso questo Comune in qualità di biella  
a tempo ~~interminato~~ cioè il rilascio  
dei modelli 01/M relativi agli anni  
1992-93-94-95.

Modugno 27-08-1996

con osservazione

Diliso Anna

x Donna MAGGIO

Importazione sospesa,  
con rife'?

Greco

02.09.96

*[Signature]*

CODICE INDIV. INPS

CODICE FISCALE

MATRICOLA INPS AZIENDA

DENUNCIA ANNUALE DELLE RETRIBUZIONI, SOGGETTE A  
CONTRIBUZIONE, RELATIVE AL LAVORATORE SOTTOINDICATO

PER L'ANNO 19 95 < 5 <

COGNOME DI NASCITA

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROV

NAZIONALITA'

INDIRIZZO, VIA, PIAZZA, NUM. CIVICO

COMUNE DI RESIDENZA

PROV

C.A.P.

PROV. LAV.

QUALA

ASSICURAZIONI COPERTE

COMPETENZE CORRENTI

ALTRE COMPETENZE

SETT.

N. GG. RETR.

TUTTI

MESI RETRIBUITI NELL'ANNO  
TUTTI CON ESCLUSIONE DI

COD. CONT.

LIVELLO INQ.

DATA CESS.

TIPO RAPPORTO

TRASF. RAPP.

SETT. UTILI

AP Accantonamento trattamento fine rapporto  
complessivamente spettante

EROGATI ASS. NUCLEO FAM.

R.D. 148/1931

RETRIBUZIONI PARTICOLARI

TIPO

PERIODO DAL

AL

RETRIBUZIONE

N. SETT. RETR.

N. GG. RETR.

N. GG. UTILI

RETRIBUZIONE PENS.

N. GG.  
NON RETR.

SETT.

RETRIBUZIONI RIDOTTE

DIFF. RETR. DA ACCREDITARE PER C.I.G.

MALATTIA

SETT. 1

SETT. 2

MATERNITA'

SETT. 1

SETT. 2

MALATTIA  
L. 88/87

SETT. 1

SETT. 2

C.I.G.

SETT. 1

SETT. 2

DONAT. SANGUE  
L. 107/90

SETT. 2

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni infedeli od incomplete (art. 23 della legge 4-4-1952, n. 218, art. 40 D.P.R. 27-4-1968, n. 488 e legge 4-8-1978, n. 487), attesta sotto la propria responsabilità che i dati contenuti nel presente modulo sono veritieri e conformi alle registrazioni dei libri paga e matricola e che sulla retribuzione dichiarata sono stati interamente versati e sono comunque dovuti i contributi di legge. \*

\* cancellare l'ipotesi che NON ricorre.

IL CAPO SETTORE SEGR. AA. GG. - PERS.  
IL DIRIGENTE INCARICATO  
(Dr. Mario Silecchia)

Data e firma leggibile del titolare o del legale rappresentante dell'azienda.

Dichiaro di aver ricevuto copia della presente denuncia.

*Delio C...*

(DATA E FIRMA DEL LAVORATORE)

CODICE INDIV. INPS  CODICE FISCALE  MATRICOLA INPS AZIENDA   
 < **DLS NNA 66C 52 F 2620** < **0902627033**  
 DENUNCIA ANNUALE DELLE RETRIBUZIONI, SOGGETTE A CONTRIBUZIONE, RELATIVE AL LAVORATORE SOTTOINDICATO  
 PER L'ANNO **1994** < **5** <

**QUADRO A**

COGNOME DI NASCITA  NOME  DATA DI NASCITA  SESSO   
**DILISO** < **ANNA** < **12.03.66** < **F**  
 COMUNE DI NASCITA  PROV.  NAZIONALITA'  INDIRIZZO, VIA, PIAZZA, NUM. CIVICO   
**MODUGNO** < **BA** < **I** < **VIA SASSARI, 12**  
 COMUNE DI RESIDENZA  PROV.  C.A.P.      
**MODUGNO** < **BA** < **70026** <  <  <

**QUADRO B**

PROV. LAV.  QUALA  ASSICURAZIONI COPERTE  COMPETENZE CORRENTI  ALTRE COMPETENZE  SETT.  N. GG. RETR.   
**BA** < **2** **IVS** > **DS** > **DC** > **ALTRE**  **2611** .000 < **237** .000 < **7** < **42**  
 MESI RETRIBUITI NELL'ANNO TUTTI CON ESCLUSIONE DI  COD. CONT.  LIVELLO ING.  DATA CESS.   
**T** > **X** > **X** > **M** > **X** > **M** > **X** > **X** > **X** > **X** > **N** > **D** **EP** <  < **31.12**  
 TIPO RAPPORTO  TRASF. RAPP.  SETT. UTILI  AP Accantonamento trattamento fine rapporto complessivamente spettante  EROGATI ASS. NUCLEO FAM.  R.D. 148/1931   
 <  <  < **172** .000 **SI** < **NO**  **NO**

**QUADRO C**

**RETRIBUZIONI PARTICOLARI**  
 TIPO  PERIODO DAL  AL  RETRIBUZIONE  N.SETT.RETR.  N.GG. RETR.  N.GG. UTILI  RETRIBUZIONE PENS.  N.GG. NON RETR.   
 <  <  <  .000 <  <  <  <  .000 <   
 <  <  <  .000 <  <  <  <  .000 <   
 <  <  <  .000 <  <  <  <  .000 <   
 <  <  <  .000 <  <  <  <  .000 <

**QUADRO D**

SETT.  RETRIBUZIONI RIDOTTE  DIFF. RETR. DA ACCREDITARE PER C.I.G.   
 <  .000 <  .000 <   
 MALATTIA SETT.1  SETT.2  MATERNITA' SETT.1  SETT.2   
 <  <  <  <   
 MALATTIA L. 88/87 SETT.1  SETT.2  C.I.G. SETT.1  SETT.2   
 <  <  <  <   
 DONAT. SANGUE SETT.2    
 L. 107/90 <

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni infedeli od incomplete (art. 23 della legge 4-4-1952, n. 218, art. 40 D.P.R. 27-4-1968, n. 488 e legge 4-8-1978, n. 467), attesta sotto la propria responsabilità che i dati contenuti nel presente modulo sono veritieri e conformi alle registrazioni dei libri paga e matricola e che sulla retribuzione dichiarata sono stati interamente versati e sono comunque dovuti i contributi di legge. \*

\* cancellare l'ipotesi che NON ricorre

**IL CAPO SETTORE SEGR. - AA. GG. - PERS.**  
**IL DIRIGENTE INCARICATO**  
**(Dr. Mario Sileechia)**

Data e firma leggibile del titolare o del legale rappresentante dell'azienda.

< **5** < AUTOR.N° ..... DEL .....

Dichiaro di aver ricevuto copia della presente denuncia.

*Diliso Quo*

(DATA E FIRMA DEL LAVORATORE)

CODICE INDIV. INPS

CODICE FISCALE

MATRICOLA INPS AZIENDA

DENUNCIA ANNUALE DELLE RETRIBUZIONI, SOGGETTE A  
CONTRIBUZIONE, RELATIVE AL LAVORATORE SOTTOINDICATO

PER L'ANNO 1993 < 5 <

COGNOME DI NASCITA

DLISO

NOME

ANNA

DATA DI NASCITA

12.03.60

SESSO

F

COMUNE DI NASCITA

MODUGNO

PROV

BA

NAZIONALITA'

I

INDIRIZZO, VIA, PIAZZA, NUM. CIVICO

VIA SASSARI, 12

COMUNE DI RESIDENZA

MODUGNO

PROV

BA

C.A.P.

70026

PROV. LAV.

BA

QUALA

Z

ASSICURAZIONI COPERTE

IVS

DS

TSS

ALTRE

COMPETENZE CORRENTI

5221.000

ALTRE COMPETENZE

475.000

SETT.

12

N. GG. RETR.

72

TUTTI

T

MESI RETRIBUITI NELL'ANNO

TUTTI CON ESCLUSIONE DI

G

F

M

A

M

G

L

X

X

S

O

N

D

COD. CONT.

EP

LIVELLO INQ.

DATA CESS.

18.12

TIPO RAPPORTO

TRASF. RAPP.

SETT. UTILI

AP Accantonamento trattamento fine rapporto  
completivamente spettante

296.000

EROGATI ASS. NUCLEO FAM.

SI

R.D. 148/1931

NO

RETRIBUZIONI PARTICOLARI

TIPO

PERIODO DAL

AL

RETRIBUZIONE

.000

N.SETT. RETR.

N.GG. RETR.

N.GG. UTILI

RETRIBUZIONE PENS.

.000

N.GG.

NON RETR.

.000

.000

.000

.000

.000

.000

SETT.

RETRIBUZIONI RIDOTTE

.000

DIFF. RETR. DA ACCREDITARE PER C.I.G.

.000

MALATTIA

SETT. 1

SETT. 2

MATERNITA'

SETT. 1

SETT. 2

MALATTIA  
L. 88/87

SETT. 1

SETT. 2

C.I.G.

SETT. 1

SETT. 2

DONAT. SANGUE  
L. 107/90

SETT. 2

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni infedeli od incomplete (art. 23 della legge 4-4-1952, n. 218, art. 40 D.P.R. 27-4-1968, n. 488 e legge 4-8-1978, n. 467), attesta sotto la propria responsabilità che i dati contenuti nel presente modulo sono veritieri e conformi alle registrazioni dei libri paga e matricola e che sulla retribuzione dichiarata sono stati interamente versati e sono comunque dovuti i contributi di legge. \*

\* cancellare l'ipotesi che NON ricorre.

IL CAPO SETTORE SEGR. - AA. GG. - PERS.  
IL DIRIGENTE INCARICATO  
(Dr. Mario Silecchia)

Data e firma leggibile del titolare o del legale rappresentante dell'azienda.

Dichiaro di aver ricevuto copia della presente denuncia.

*Diliso Peco*

(DATA E FIRMA DEL LAVORATORE)

IL CAPO SETTORE SEGR. - AA. GG. - PERS.  
IL DIRIGENTE INCARICATO  
(Dr. Mario Silicchia)

Data e firma leggibile del titolare o del legale rappresentante dell'azienda

**QUADRO D**

< 5 <      AUTORE N° ..... DEL .....

AUTOR N°

DEI

Dichiaro di aver ricevuto copia della presente denuncia.

*Dilios Quo*

(DATA E FIRMA DEL LAVORATORE)

IL DIRIGENTE INCARICATO  
(Dr. Mario Stelcchia)  
IL CAPO SETTORE SEGR. - AA. GG. - PERS.