**Alla c.a. della Dirigente Scolastica**

**Dott.ssa Rosanna Rizzo**

|  |
| --- |
| **Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA’ SVOLTE CON COMPENSO A CARICO DEL FONDO DI**  **ISTITUTO** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_ insegnante a  T.I.  T.D. in servizio nel plesso di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D I C H I A R A**

ai fini della liquidazione dei compensi a carico del fondo d’istituto di avere svolto nell’A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ le seguenti attività:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | | **INCARICO SVOLTO/ N° di ORE** | **NOTE:** |
| FUNZIONE STRUMENTALE area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SPECIFICARE) (FORFETTARIO) | |  |  |
| COLLABORATORI del Dirigente Scolastico (FORFETTARIO) | |  |  |
| COORDINATORI DI PLESSO (FORFETTARIO):   * in plesso a 40h \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il plesso) * in plesso con orario antimeridiano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il plesso) | |    |  |
| RESPONSABILE (Plesso-Laboratorio-ecc.) (SPECIFICARE) | | Ore |  |
| REFERENTE DI **-** (SPECIFICARE) | | Ore |  |
| COMPONENTE COMMISSIONI (SPECIFICARE) | | Ore |  |
| COMPONENTE DIPARTIMENTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SPECIFICARE) | | Ore |  |
| ADDETTO SICUREZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SPECIFICARE) (FORFETTARIO) | |  |  |
| ANIMATORE DIGITALE |  |  |  |
| TEAM INNOVAZIONE |  |  |  |
| SCUOLA OSPEDALIERA (FORFETTARIO) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ore aggiuntive docenza in corsi di formazione per docenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(SPECIFICARE) | | Ore |  |
| Ore per iniziative funzionali all’organizzazione docenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(SPECIFICARE) | | Ore |  |

|  |
| --- |
| **Altri compensi forfettari** (*barrare la casella di interesse*):   * Disponibilità a dare recapito telefonico e ad intervenire in caso di messa in funzione dell’allarme antintrusione |

Per documentare quanto dichiarato, alla presente si allega:

**** registro firme di presenza nelle Commissioni/Dipartimenti e copia dei verbali delle riunioni (da presentare solo per il Referente)

**** registro firme delle attività di potenziamento + relazione conclusiva

* registro firme dei corsi di formazione + relazione conclusiva
* registro attività individuali (per i responsabili/referenti, Animatore Digitale, Team dell’Innovazione e Docenti della Scuola Ospedaliera)

**** altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si ricorda che la liquidazione di tutti i compensi accessori avverrà nel “Cedolino Unico” con accredito sul c/c bancario o postale su cui è già accreditato lo stipendio.

Rovito, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_