

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G. Nevio"
Sede

**DICHIARAZIONE DELLE ATTIVITA' AGGIUNTIVE SVOLTE DELL'A. S. 20__/20 __
DA RETRIBUIRE CON IL F.I.S.**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio per il
corrente anno scolastico presso codesto Istituto al plesso

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti attività aggiuntive, in conformità agli incarichi conferiti, di seguito
totalizzate e meglio specificate nella dettagliata rendicontazione di cui all'allegato 1.

PROGETTI A.O.F. SCUOLA INFANZIA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	PATECIPAZIONE (barrere la casella)	TOTALE ORE DA RETRIBUIRE	Note
Nome Progetto AOF	<input type="checkbox"/>		

PROGETTI A.O.F. SCUOLA PRIMARIA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	PATECIPAZIONE (barrere la casella)	TOTALE ORE DA RETRIBUIRE	Note
Nome Progetto AOF	<input type="checkbox"/>		

PROGETTI A.O.F. SCUOLA SECONDARIA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	PATECIPAZIONE (barrere la casella)	TOTALE ORE DA RETRIBUIRE	Note
Nome Progetto AOF	<input type="checkbox"/>		
Nome Progetto AOF	<input type="checkbox"/>		

ORE FUNZIONALI (gruppi di lavoro, commissioni, incarichi)

Attività/progetto	PARTECIPAZIONE (barrare la casella)	TOTALE ORE DA RETRIBUIRE	Note
1° Collaboratore	<input type="checkbox"/>		
2° Collaboratore	<input type="checkbox"/>		
Doc Coadiutore e Sito Web	<input type="checkbox"/>		
Referente Scuola Infanzia	<input type="checkbox"/>		
Referente Scuola Primaria	<input type="checkbox"/>		
Coord cl. Terze	<input type="checkbox"/>		
Coord 1^ e 2^ cl.	<input type="checkbox"/>		
Resp. di dipartimento	<input type="checkbox"/>		
Organizzazione logistica secondaria	<input type="checkbox"/>		
Referente 2^ lingua primaria	<input type="checkbox"/>		
Referente 2^ lingua secon.	<input type="checkbox"/>		
Referente INVALSI	<input type="checkbox"/>		
Referente formazione classi infanzia	<input type="checkbox"/>		
Referente formazione classi primaria	<input type="checkbox"/>		
Referente formazione classi secondaria	<input type="checkbox"/>		
Referente laboratorio ceramica	<input type="checkbox"/>		
Referente Lab. Scient. Primaria	<input type="checkbox"/>		
Referente Lab. Scient. Secondaria	<input type="checkbox"/>		
Referente Lab. Musica	<input type="checkbox"/>		
Referente Ed. Motoria	<input type="checkbox"/>		
Segretario verbalizzante	<input type="checkbox"/>		
Supporto sportello ascolto	<input type="checkbox"/>		
Commissione Elettorale	<input type="checkbox"/>		
Tutor Docenti neo immessi in ruolo	<input type="checkbox"/>		

Area di intervento	Relazione finale (barrare la casella)	Note
POF e territorio	<input type="checkbox"/>	
Sostegno e integrazione alunni H	<input type="checkbox"/>	
Continuità e orientamento	<input type="checkbox"/>	
Visite guidate	<input type="checkbox"/>	
Informatica e	<input type="checkbox"/>	

DOCENTE	
---------	--

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver effettuato le attività aggiuntive nei seguenti giorni e per il seguente numero di ore:

DATA	ATTIVITA' SVOLTA	DALLE ORE ALLE ORE	NUMERO ORE

Napoli, _____

Il docente
