**All. 1 AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

IIS Via dell’Immacolata 47 - Civitavecchia

**Richiesta retributiva delle attività aggiuntive e non aggiuntive svolte nell’a. s. 20…../20…..**

Il/ La sottoscritto/a……………………………………………………

ai fini dell’accesso al Fondo, secondo la Contrattazione di Istituto in cui sono determinati i criteri per la corresponsione dei compensi,

**DICHIARA**

le attività effettivamente prestate, secondo gli incarichi conferiti, individuate nella tabella, corredata da idonea documentazione (registri, verbali, relazioni finale)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE** | **Attività svolta (1)** | **Compenso forfetario (2)** | **CONVALIDA**  **a cura della Amministraz.** | **Note a cura della Ammin.** |
| **TOTALE PARZIALE** | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Attività organizzative e gestionali area 1 + 2** |  |  |  |  |
| Coordinatori |  |  |  |  |
| Segretari |  |  |  |  |
| Responsabile organizzazione Vigilanza succursale |  |  |  |  |
| Segretario Collegio Docenti |  |  |  |  |
| Supporto alle elezioni degli OO.CC. |  |  |  |  |
| Commissione sicurezza |  |  |  |  |
| Commissione viaggi |  |  |  |  |
| Commissione inclusione |  |  |  |  |
| Commissione Orientamento in entrata |  |  |  |  |
| Collaborazione stesura orario |  |  |  |  |
| Coordinatori dipartimento |  |  |  |  |
| **TOTALE PARZIALE** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ampliamento Offerta Formativa – Attività extracurriculari** |  |  |  |  |
| Stage linguistico |  |  |  |  |
| Pet e First |  |  |  |  |
| Geometriko |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grande CertamenTraianeum |  |  |  |  |
| Vivere a Civitavecchia |  |  |  |  |
| Il linguaggio del colore |  |  |  |  |
| Matematica senza frontiere |  |  |  |  |
| Mail Art |  |  |  |  |
| Orto didattico |  |  |  |  |
| Ricreare |  |  |  |  |
| Corso di spagnolo |  |  |  |  |
| Piccolo CertamenTraianeum |  |  |  |  |
| Corsi di recupero e sportelli |  |  |  |  |
| **ALTRO** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | |  |  |  |

*Data* **Firma**

# IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visti gli atti ed i documenti comprovanti l’assolvimento degli incarichi conferiti**, riconosce** all’interessata/o i compensi secondo quanto elencato nella colonna **CONVALIDA** di questa Amministrazione.

# Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Maria Zeno

*Legenda*

1. Barrare la casella che interessa
2. Indicare il n. totale di ore (che dovrà coincidere con le ore riportate nella scheda di progetto compilata dal referente)