Alla c.a. del Dirigente Scolastico e per c.c. al DSGA

# SEDE

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA’ SVOLTE**

con compenso a carico del Fondo d’Istituto

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente a  T.I .  T.D.

in servizio presso codesto Istituto Comprensivo di Codigoro (FE), ai fini della liquidazione dei compensi a carico del fondo d’istituto, in base a quanto previsto nel PTOF e dal Contratto Integrativo d’Istituto, consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16.1.2003,

## DICHIARA

di avere svolto nell’A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ le seguenti attività (spuntare le voci che interessano e inserire n. ore effettivamente svolte come da registri e documentazione):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’**  | √  | **ORE**  |
| **INCARICHI VARI attività deliberate dal Consiglio d’Istituto - CNNL Comparto Scuola**   |  |  |
| 1° Collaboratore del Dirigente Scolastico  |   |  |
| COORDINATORE INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA |   |  |
| RESPONSABILE SEDE (indicare quale):  |   |  |
| PREPOSTI ALLA SICUREZZA  |   |  |
| RESPONSABILE COVID  |   |  |
| GRUPPO GLI |  |  |
| GRUPPO SCREENING |  |  |
| GRUPPO NIV |  |  |
| VERBALIZZANTE COLLEGIO PLENARIO |  |  |
| AMBIENTE/ORTO/GIARDINO RITROVATO |  |  |
| REFERENTE MENSA |  |  |
| ANIMATORE DIGITALE |  |  |
| TEAM INNOVAZIONE DIGITALE  |  |  |
| SITO WEB |  |  |
| REGISTRO ELWETTRONICO |  |  |
| RENDICONTAZIONE SOCIALE  |   |  |
| COORDINATORE DI CLASSI PRIME SECONDARIA I GRADO |  |  |
| COORDINATORE DI CLASSI SECONDE SECONDARIA I GRADO |  |  |
| COORDINATORE DI CLASSI TERZE SECONDARIA I GRADO |  |  |
|  COORDINATORE DIPARTIMENTO |   |   |
|   |   |   |
| **FUNZIONI STRUMENTALI** **(ALLEGARE RELAZIONE)** |  | **n. ore**  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|  **ATTIVITA’ COMPLEMENTARI DI EDUCAZONE FISICA (ALLEGARE REGISTRO DELLE ORE SVOLTE E RELAZIONE CONCLUSIVA)** |   |  |
|  |  |  |
|   |   |  |
|  **PROGETTI RELATIVI A AREE A RISCHIO (ALLEGARE RELAZIONE E REGISTRO DELLE ORE SVOLTE)** |   |  |
|   |   |  |
|  |  |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGETTI** *(specificare titolo progetto e/o corso di formazione)***ALLEGARE RELAZIONE E DELLE ORE SVOLTE** | **Finanziato**  | **n. ore frontali**  | **n. ore funzionali**  |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| Titolo progetto:  |   |  |   |   |
| **ORE ECCEDENTI per sostituzione colleghi assenti**  | **N. ore**  |
| Indicare il totale delle ore effettuate, che devono corrispondere a quanto riportato nell’apposito registro delle sostituzioni  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALTRE ATTIVITA’ DELIBERATE** *(specificare titolo progetto e/o corso di formazione)***ALLEGARE RELAZIONE E REGISTRO ORE SVOLTE** | **Finanziato**  | **n. ore frontali**  | **n. ore funzionali**  |
| Titolo:  |  RESPONSABILE PROGETTO ITALIANO PER ALUNNI STRANIERI |  |   |   |
| Titolo:  |  REFERENTE RAPPORTI CON IL TERRITORIO |  |   |   |
| Titolo:  |  COORDINATORE TEAM PER INNOVAZIONE DIGITALE |  |   |   |
| Titolo:  |  COORDINATORE GRUPPO NIV |  |   |   |
|  Titolo:  |  REVISIONE DEL REGOLAMENTO D’ISTITUTO |  |   |   |
| Titolo:  |  ORGANICO |  |   |   |
| Titolo:  |   |  |   |   |

Si allegano i seguenti documenti relativi a quanto dichiarato sopra:

* **Relazione finale e registro di ciascun progetto** di arricchimento dell’O.F. previsto nel PTOF;
* **Relazione delle Funzioni Strumentali** sul lavoro svolto da sottoporre alla approvazione del Collegio dei Docenti;

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del docente

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

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Adriana Naldi

 2