

ISTITUTO COMPRENSIVO DALLA CHIESA - ROMA

Sede legale : Via Mario Rigamonti, 10 - 00142 ROMA - ☎ 065036231 fax 065036231

Sede amministrativa : Via Grotta Perfetta, 615 - 00142 ROMA - ☎ 065032541 fax 065043058

Tel. 065032541 - PEO RMIC82900G@istruzione.it - PEC RMIC82900G@pec.istruzione.it

DICHIARAZIONE ATTIVITÀ FONDO D'ISTITUTO (FIS)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. " Dalla Chiesa"

__l__ sottoscritt__ _____ in servizio nell'anno scolastico ____ / ____ presso questo Istituto, in qualità di docente,

DICHIARA

al fine della liquidazione dei compensi spettanti, di aver svolto i seguenti incarichi:

| 1. FUNZIONI DI SUPPORTO ORGANIZZATIVO AL CAPO D'ISTITUTO | | |
|--|---------------------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> 1° Collaboratore del Dirigente Scolastico | Vedi contratto d'Istituto | |
| <input type="checkbox"/> 2° Collaboratore del Dirigente Scolastico | | |
| <input type="checkbox"/> Referente plesso Primaria | | |
| <input type="checkbox"/> Referente plesso Scuola Secondaria di 1° grado..... | | |
| <input type="checkbox"/> Referente per la Scuola dell'Infanzia | | |

| 2. FUNZIONE STRUMENTALE | | |
|--------------------------------|---------------------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> _____ | Vedi contratto d'Istituto | |

| 3. COMMISSIONI | | |
|--------------------------------|------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

| 4. PROGETTI | | |
|--|------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> Referente progetto _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Referente progetto _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione progetto _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione progetto _____ | | |

| 5. REFERENTI A VARIO TITOLO | | |
|--|------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> Referente _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Referente _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Referente _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Referente _____ | | |

| 6. CORSI POMERIDIANI (PAI, RECUPERO,...) | | |
|--|------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> Corso _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Corso _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Corso _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Corso _____ | | |

| 8. ALTRO | | |
|--------------------------------|------------|------------------|
| | Numero ore | Ris. all'ufficio |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

VISTO: ILDIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Maria Elisa Giuntella