

Oggetto: dichiarazione attività aggiuntive svolte nell'anno scolastico 2014/2015

Il/la sottoscritto/a docente a tempo ☐ indeterminato / ☐ determinato
presso l'I.C. Como Borgovico, Scuola

DICHIARA sotto la propria responsabilità, al fine della liquidazione del **Fondo di Istituto** a.s. 2014/2015,
di aver svolto le seguenti attività aggiuntive, su incarico formale del Dirigente Scolastico:

Descrizione Attività	Ore	Riservato Segreteria
<input type="checkbox"/> DOCENTE COLLABORATORE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO.	F	
<input type="checkbox"/> DOCENTE REFERENTE DI SEDE. Scuola.....	F	
<input type="checkbox"/> ATTIVITÀ DI INSEGNAMENTO (specificare tipo di corso di recupero e citare lettera di incarico)	n° ore	
<input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE A LAVORI DI COMMISSIONE (specificare tipo di commissione).	n° ore	
<input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE A PROGETTI (specificare quale, con riferimento a quanto previsto dal Contratto Integrativo di Istituto). 1. Latino 2. Mostra animata (Raschi) 3. Mostra animata (Mauri) 4. Progetto biblioteca (Corridoni) 5. Progetto biblioteca (Filzi) 6. Progetto cineforum 7. Progetto teatro Scuola Primaria Filzi 8. Progetto parco	F	
<input type="checkbox"/> FUNZIONE STRUMENTALE (specificare quale).	F	
<input type="checkbox"/> COORDINATORI DI CLASSE (specificare classe).	F	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILE LABORATORIO (specificare quale).	F	
<input type="checkbox"/> TUTOR (specificare).	F	
<input type="checkbox"/> ORARIO SCUOLA SECONDARIA	F	
<input type="checkbox"/> INCARICO VISITE DI ISTRUZIONE	F	
<input type="checkbox"/> INCARICO SUPPORTO AL POF	F	
<input type="checkbox"/> INCARICO REDAZIONE SITO WEB	F	
<input type="checkbox"/> INCARICO PISCINA	F	
<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO specificare corso (riconosciuto dal MIUR o enti accreditati), ore effettuate, allegando documentazione	n° ore	

Legenda: F = compenso forfetario.

N.B.: per i compensi FIS la retribuzione avverrà tramite CEDOLINO UNICO

Al fine della liquidazione dei compensi a carico del bilancio della **Scuola** dichiara di aver svolto:

<input type="checkbox"/> SOSTITUZIONE TURNI MENSA (specificare date)	n° turni	
---	-------------------	--

Modalità di pagamento per i compensi retribuiti dalla scuola:

☐ Accredito sul c/c bancario/postale intestato/cointestato.....
presso la Banca/Ufficio Postale.....
di.....

CODICE IBAN:

PAESE	CIN EU	CIN	ABI	CAB	C/C
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Como,

Firma

.....