**DA RESTITUIRE Modificato IN PDF ENTRO IL 19/06/2022 esclusivamente per E-MAIL su** **cnic84300r@istruzione.it** **(non inviare alla Dirigente, ma in segreteria)**

**I.C. “Isoardo - Vanzetti” – Centallo - Villafalletto**

\_l\_ sottoscritt\_\_ (STAMPATELLO) ……………………………………………………………

 (NOME) (COGNOME)

in servizio in qualità di insegnante di scuola

 **infanzia**

 **primaria**

 **secondaria di 1° grado**

con rapporto di lavoro a tempo  **determinato** /  **indeterminato**

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità di aver svolto, nel periodo settembre 2021 / giugno 2022, le seguenti attività da retribuire:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Crocettareda parte del docente | **FONDO ISTITUTO – ATTIVITA’ AGGIUNTIVE DOCENTI** | Riservatoufficio |
|  | Collaboratore Dirigente Scolastica | 2 docenti |  |
|  | Coordinatore Infanzia | 1 docente |  |
|  | Referente di plesso | 11 docenti |  |
|  | Referente Sicurezza | 11 docenti |  |
|  | Coordinatore di classe Scuola Secondaria I grado | 19 docenti |  |
|  | Referente Scuola Senza Zaino | 3 docenti |  |
|  | Referente orientamento  | 2 docenti |  |
|  | Referente mensa | 5 docenti |  |
|  | Referente sport | 3 docenti |  |
|  | Referente sito web scuola | 1 docente |  |
|  | Team Digitale | 2 docenti |  |
|  | Referente orario scuola secondaria | 2 docenti |  |
|  | Referente doposcuola | 2 docenti |  |
|  | Gestione tirocinanti | 1 docente |  |
|  | Referente di Commissione (GLI, Continuità + PROSOL ed ECOSCHOOL) | 6 docenti |  |
|  | Tutor anno di prova | 3 docenti |  |
|  | Tutor tesisti / tirocinanti | 3 docenti |  |
|  | Partecipazione (come membri con incarico) a **GRUPPI DI LAVORO e COMMISSIONI***(allegare modulo ore effettuate CONTROFIRMATE dal referente della commissione)* GLI - INCLUSIONE n. ore svolte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SALUTE E BENESSERE n. ore svolte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INTERCULTURA n. ore svolte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PTOF - RAV- PDM n. ore svolte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ORIENTAMENTO E CONTINUITA’ n. ore svolte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   | max 200h totali da ripartire |
|  | **INCONTRI ASL** SVOLTI data…………………… n. ore svolte…………..data…………………… n. ore svolte…………..data…………………… n. ore svolte…………..data…………………… n. ore svolte………….. | max 75 h totali da ripartire |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Crocettare da parte del docente | **FUNZIONI STRUMENTALI**(allegare relazione attività svolta) | Riservato ufficio |
|  | SOSTEGNO | 2 docenti |  |
|  | DSA | 2 docenti |  |
|  | INTERCULTURA | 1 docente |  |
|  | SALUTE E BENESSERE | 1 docente |  |
|  | PROGETTISTA | 1 docente |  |
|  | CURRICOLO E CONTINUITA’ | 2 docenti |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGETTI PTOF E ALFABETIZZAZIONE** *(allegare modulo ore effettuate con propria firma)*SARANNO OGGETTO DI RETRIBUZIONE SOLO LE ORE A CUI CORRISPONDE UN INCARICO | Riservato ufficio |
| Titolo progetto | Ore aggiuntive NON insegnamento | Ore aggiuntive insegnamento |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VALORIZZAZIONE FORMAZIONE OLTRE LE 10 ORE***(allegare ATTESTATI corsi di formazione IN UN UNICO PDF )* | Riservato ufficio |
| Numero ore totali di formazione svolta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vengono retribuite 2 ore se superate le 10 ore di formazione |

|  |
| --- |
| **ORE ECCEDENTI PER SOSTITUZIONE COLLEGHI ASSENTI***(allegare modulo ore effettuate CONTROFIRMATE dal responsabile)* |
| Numero ore prestate in eccedenza al proprio monte orario di cui si chiede il pagamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **INCARICHI come ACCOMPAGNATORI per VIAGGI DI ISTRUZIONE OLTRE L’ORARIO DI SERVIZIO***(allegare modulo foglio firme ore effettuate con destinazione e data del viaggio)* |

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’’insegnante

 (editare nome e cognome per invio mail)

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

VISTO, si approva La Dirigente Scolastica

 Dott.ssa Stefania Magnaldi