

AUTOCERTIFICAZIONE
ATTIVITA'
PER ACCESSO AL FONDO
D'ISTITUTO A.S.2020-21
PERSONALE DOCENTE

Istituto Statale di Istruzione Superiore "Dionigi Scano" - CAGLIARI

Il sottoscritto Prof./ssa _____ Nato/a a _____ il _____

Docente di _____, DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge 15/1968 e DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze penale derivanti da dichiarazioni mendaci, sulla base del PTOF e del CII del 19/03/2021 e del piano delle attività predisposto dal DSGA, di aver svolto le seguenti attività aggiuntive e chiede pertanto che gli siano erogati relativi compensi:

Coordinatore/Segretario Consiglio di Classe	Staff Collaboratori Funz. Strum./Dir. Lab.	Gruppo lavoro o commissioni	(1) Elaborazione progetti PTOF	(2) Altre attività aggiuntive –	(3) Altro	Annotazioni (1) (2) (3) specificare attività svolta
			–			
TOT.ORE	TOT. ORE	TOT. ORE	TOT. ORE	TOT. ORE	TOT. ORE	TOT. ORE

A tal fine si allega dettaglio delle attività svolte: giorni/ore – registro degli interventi eseguiti – registro dei verbali ecc.

Cagliari _____

Firma _____

Visto il Dirigente Scolastico _____