

AUTOCERTIFICAZIONE
 ATTIVITA'
 PER ACCESSO AL FONDO
 D'ISTITUTO
 PERSONALE A.T.A.

Istituto Statale di Istruzione Superiore "Dionigi Scano" - CAGLIARI

Il sottoscritto Sig./ra _____ Nato/a a _____ il _____

in servizio in qualità di Assistente Tecnico Amministrativo/Assistente Tecnico Ausiliario 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:

Attività di supporto	Sostituzione colleghi assenti	Disponibilità manutenzioni	(1) Incarichi aggiuntivi	(2) Supporto progetti interni/esterni	(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 _____