Autocertificazione attività per accesso al FIS A.S: 2023/2024

Istituto di Istruzione Superiore "D. Scano – O. Bacaredda" – CAGLIARI

MODULO DOCENTE

La/Il sottoscritta/o nata/o 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 (1)** | **Staff Collaboratori****Funzioni Strumentali****Direttori di Lab.** | **Gruppo lavoro e****Commissioni** | **Progetti PTOF** | **Altre attività aggiuntive svolte (2)** |
|
|  |  |  |  |  |

Cagliari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Visto il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Inserire la classe nella quale si è svolto l’incarico di coordinatore o segretario e le date corrispondenti dei Consigli di Classe svolti.*
2. *Non inserire gli impegni relativi ai Corsi di Recupero e Sportello Didattico (IDEI), già computati dalla FF.SS. mediante i registri consegnati.*