

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE</b><br><b>“Tommaso Cornelio” – Rovito</b> |  |
|   | <b>AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA' RETRIBUITE FIS</b>                        |  |

Alla c.a. della Dirigente Scolastica  
Dott.ssa Rosanna Rizzo

**Oggetto: AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA' SVOLTE CON COMPENSO A CARICO DEL FONDO DI ISTITUTO – ART. 88 DEL CCNL 2006/2009 e nuove integrazioni**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ insegnante a  T.I.  T.D. in servizio  
nel plesso \_\_\_\_\_

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

ai fini della liquidazione dei compensi a carico del fondo d'istituto di avere svolto nell'A.S. 2018/2019 le seguenti attività:

| ATTIVITA'   | INCARICO SVOLTO/<br>N° di ORE | NOTE: |
|---|-------------------------------|-------|
| FUNZIONE STRUMENTALE area _____ (SPECIFICARE) (FORFETTARIO)                   | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| COLLABORATORI del Dirigente Scolastico (FORFETTARIO)                          | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| COORDINATORI DI PLESSO (FORFETTARIO):   |                               |       |
| ▪ in plesso a 40h _____ (indicare il plesso)                                  | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| ▪ in plesso con orario antimeridiano _____ (indicare il plesso)               | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| RESPONSABILE DI _____ (SPECIFICARE)   | Ore _____                     |       |
| REFERENTE DI _____ (SPECIFICARE)  | Ore _____                     |       |
| COMPONENTE COMMISSIONI _____ (SPECIFICARE)                                    | Ore _____                     |       |
| COMPONENTE DIPARTIMENTI _____ (SPECIFICARE)                                   | Ore _____                     |       |
| ADDETTO SICUREZZA _____ (SPECIFICARE) (FORFETTARIO)                           | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| ANIMATORE DIGITALE  | Ore _____                     |       |
| TEAM INNOVAZIONE  | Ore _____                     |       |
| SCUOLA OSPEDALIERA (FORFETTARIO)  | <input type="checkbox"/> SI'  |       |
| Ore aggiuntive docenza in corsi di formazione per docenti _____ (SPECIFICARE) | Ore _____                     |       |
| Ore per iniziative funzionali all'organizzazione docenti _____ (SPECIFICARE)  | Ore _____                     |       |

**Altri compensi forfettari (barrare la casella di interesse):**

- Disponibilità a dare recapito telefonico e ad intervenire in caso di messa in funzione dell'allarme antintrusione

Per documentare quanto dichiarato, alla presente si allega:

- registro firme di presenza nelle Commissioni/Dipartimenti e copia dei verbali delle riunioni (da presentare solo per il Referente)
- registro firme delle attività di potenziamento + relazione conclusiva
- registro firme dei corsi di formazione + relazione conclusiva
- registro attività individuali (per i responsabili/referenti, Animatore Digitale, Team dell'Innovazione e Docenti della Scuola Ospedaliera)
- altro \_\_\_\_\_

Si ricorda che la liquidazione di tutti i compensi accessori avverrà nel "Cedolino Unico" con accredito sul c/c bancario o postale su cui è già accreditato lo stipendio.

Rovito, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

..... Firma