



**Istituto di Istruzione Superiore**

**“VANVITELLI STRACCA ANGELINI”**

Via U. Trevi, 4 - 60131 Ancona - Tel. 0714190711 Fax 0714190712

**Indirizzi di studio:** Costruzioni, Ambiente e Territorio - Geometri Progetto Cinque

Amministrazione, Finanza e Marketing - Ragionieri IGEA

Chimica, Materiali e Biotecnologie - Biologico Brocca

Sistema Moda - Tessile

**Corsi serali Sirio:** Geometri - Ragionieri

# **PROSPETTO INDIVIDUALE**

## **FONDO DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

**Anno scolastico 20\_\_-20\_\_**

**Docente** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto.....

Docente di .....

in riferimento all'assegnazione di incarichi per attività aggiuntive di non insegnamento per l'a.s. 20\_\_-20\_\_;

dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere prestato le seguenti attività:

	<b>Attività aggiuntive</b> (da compensare nelle misure orarie di cui alla tabella 5 del CCNL 2006-2009)	Ore assegnate	Ore effettuate	Riservato al Dirigente Scolastico
1	Commissione .....			
2	Vicario/Collaboratori D.S. ....			
3	<input type="checkbox"/> Coordinatore/verbalizzatore della classe .....			
	<input type="checkbox"/> Tutor/Verbalizzatore della classe .....			
	<input type="checkbox"/> Coordinatori non Verbalizzatore della classe .....			
4	Coordinatore Dipartimento Indirizzo: .....			
	Coordinatore Dipartimento Area disciplinare: .....			
5	Responsabile del Laboratorio di .....			
6	Responsabile di: .....			
7	Referente CIC			
8	Amministratore di rete			
9	Tutor Area progetto <input type="checkbox"/> classi 4..... <input type="checkbox"/> classe 5.....			
10	Disponibilità ad accompagnare gli studenti alle visite d'istruzione (n.1 ora ogni pernottamento e n. 1 ora al giorno per visite di istruzione che si svolgono almeno 1 giorno intero)			
11	Altro..... (specificare)			
<b>Totale</b>				

Al fine di comprovare l'effettivo svolgimento delle attività, allega alla presente la seguente documentazione:

- copia dei verbali delle riunioni (se previsti ed esistenti)
- registri presenza (se previsti ed esistenti)
- relazione sull'attività svolta

In fede.

Ancona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

*Riservato al Dirigente Scolastico*

*Vista la dichiarazione resa dall'interessato;*

*Vista la disponibilità di bilancio;*

*Si autorizza la liquidazione per n..... ore per un totale di € .....*

*IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Paola Guidi)*