

**Al Dirigente Scolastico
dell'II.SS. "G. AMBROSOLI"
S E D E**

Il/La sottoscritt_____ in servizio presso questo Istituto in qualità
di **DOCENTE**, a tempo indeterminato; determinato fino a_____.

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e
delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. N.445/2000 e ss. mm. e ii. -

di aver effettuato le seguenti attività retribuite con il FIS nell'A.S. 2024.2025:

BARRARE le voci di interesse	ATTIVITA'	ORE	BREVE DESCRIZIONE ATTIVITA SVOLTA
<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE DS		
<input type="checkbox"/>	SUPPORTO ORGANIZZAZIONE SOSTEGNO		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DIDATTICO Classe_____		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DI DIPARTIMENTO LINGUISTICO		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DI DIPARTIMENTO MATEMATICO-SCIENTIFICO		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DI DIPARTIMENTO PROFESSIONALE CAT		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DIPARTIMENTO PROFESSIONALE AFM		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DIPARTIMENTO SOSTEGNO		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DIPARTIMENTO PROFESSIONALE OTTICO		
<input type="checkbox"/>	COORDINATORE DIPARTIMENTO PROFESSIONALE ODONTOTECNICO		
<input type="checkbox"/>	RESPONSABILE LABORATORIO : _____		
<input type="checkbox"/>	MAGAZZINO: _____		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE SALUTE		
<input type="checkbox"/>	PREVENZIONE BULLISMO		
<input type="checkbox"/>	COMMISIONE ORIENTAMENTO		
<input type="checkbox"/>	COMMISIONE INCLUSIONE		

<input type="checkbox"/>	SUPPORTO ADEMPIMENTI RINNOVO ORGANI COLLEGIALI		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE INVALSI		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE STUDENTE ATLETA		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE MEMORIA		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE EDUCAZIONE CIVICA		
<input type="checkbox"/>	ANIMATORE DIGITALE		
<input type="checkbox"/>	SITO WEB		
<input type="checkbox"/>	COMMISSIONE VIAGGI STAGE		
<input type="checkbox"/>	UFF. TECNICO supporto didattico		
<input type="checkbox"/>	DOCENTI TUTOR NEOIMMESSI		
<input type="checkbox"/>	REFERENTE BES/DSA		
<input type="checkbox"/>	ALTRO:		

Il/La sottoscritt__ chiede il pagamento dei compensi accessori previsti sopra indicati e consegna una dettagliata relazione sulle attività svolte relative al raggiungimento degli obiettivi prefissati insieme al registro dei progetti/attività del MOF, debitamente compilato e firmato.

Il/La sottoscritt__ dichiara di essere a conoscenza che in mancanza della presentazione della documentazione probatoria e del riscontro della presenza che sarà effettuato tramite il sistema automatico di rilevazione delle presenze non potrà essere disposto il pagamento di quanto sopra.

Roma, _____

F I R M A
