**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

IMS Margherita di Savoia

Via Cerveteri, 55-57

Roma

**Oggetto: Richiesta retribuzione attività incentivate con il FIS a.s. 20 /20**

La/ il sottoscritta/o …………………….. …………………………………………………….

Ai fini dell’accesso al Fondo, secondo la Contrattazione di Istituto in cui sono determinati i criteri per la corresponsione dei compensi,

***DICHIARA***

le attività effettivamente prestate, secondo gli incarichi conferiti, individuate nella tabella, corredata da idonea documentazione (registri, verbali , relazioni finale)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE** | **Ore effettuate 2023** | **Ore effettuate** **2024** | **Note a Cura della Amministrazione** |
|  **Attività organizzative e gestionali area**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE PARZIALE** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE** | **Ore effettuate 2023** | **Ore effettuate** **2024** | **Note a Cura della Amministrazione** |
| **Ampliamento Offerta Formativa – Attività extracurriculari** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE PARZIALE** |  |  |  |
| TOTALE GENERALE |  |  |  |

Data…………….. Firma……...............

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Visti gli atti ed i documenti comprovanti l’assolvimento degli incarichi conferiti**, riconosce** all’interessata/o i compensi secondo quanto elencato nella colonna **CONVALIDA** di questa Amministrazione.

 Il Dirigente Scolastico

 Prof.ssa Claudia Scipioni