



ISTITUTO COMPRENSIVO "MONS. L. PAOLETTI"

62036 PIEVE TORINA (MC)

Via A. De Gasperi, 19 – tel. 0737-518010 – fax 0737-612247
e-mail mcic820004@istruzione.it - pec mcic820004@pec.istruzione.it
cod. fisc. 92011040430 – cod. min. MCIC820004
sito web: www.comprensivopievetorina.it



Prot. n. 597 4.5°/511

Pieve Torina 04/02/2019

Al sito Web dell'Istituto

Ai Docenti I.C. "Mons. Paoletti" scuola

-Infanzia

-Primaria

-Secondario di primo grado

Loro sedi

**OGGETTO: Invito a presentare dichiarazione attività aggiuntive di insegnamento/non insegnamento
Attività Progettuale a.s. 2017/2018-**

Termine perentorio presentazione 11 febbraio 2019 –Uffici segreteria I.C. "Mons. Paoletti"

IL DIRIGENTE

INVITA i docenti in indirizzo, che non hanno prodotto la dichiarazione personale delle attività svolte, aggiuntive all'insegnamento e non insegnamento nell'a.s. 2017/18, a presentare tale dichiarazione utilizzando il modello allegato nel termine perentorio del giorno **11 febbraio 2019** (Comunicazione effettuata in forma orale nella seduta del Collegio Docenti del 01/02/2019)

PRECISA

Il compenso sarà erogato mediante Cedolino Unico nei tempi, modalità, disponibilità finanziarie previste dalla Piattaforma SIDI.

n. 1 Allegato:

Rendicontazione Attività Aggiuntive

Il Dirigente Scolastico

Prof. Maurizio Cavallaro

Firma autografata omessa ai sensi dell'art. 3 comma 2
decreto legislativo 39/93

**Rendicontazione Attività Aggiuntive:
NON DI INSEGNAMENTO/DI INSEGNAMENTO a.s. 2017/2018**

Il/La sottoscritto/a _____ C.F.: _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "Mons. Paoletti" di Pieve Torina sede di servizio scuola
Infanzia/Primaria/Secondaria I° nell'a.s. 2017/18 in qualità di docente a tempo Indeterminato/Determinato

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di avere svolto le sottoelencate Attività Aggiuntive non di insegnamento/di insegnamento al proprio orario di servizio obbligatorio per le quali è stata prevista la retribuzione accessoria a carico dell'Attribuzione Scolastica per l'a.s. 2017/18.

Data	Attività svolta	Titolo Progetto	Ora inizio	Firma	Ora fine	Firma	Ore TOTALI
TOTALE ORE							

In fede il/la docente

Visto:

Il Dirigente Scolastico
Prof. Maurizio Cavallaro

☐ Si autorizza per ore _____

☐ Non si autorizza per ore _____