



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE DI BARGA

Istituto Professionale Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera "F.lli Pieroni"

- Liceo Linguistico – Barga - Liceo delle Scienze Umane "G. Pascoli" – Barga -

Liceo Classico "L. Ariosto" Barga - I.T. Settore Tecnologico "E. Ferrari" Borgo a Mozzano

Sede legale: Via dell'Acquedotto, 18 – 55051 BARGA (LU) -TEL.: 0583-723026 – FAX: 0583-723595 – Sito Web: www.isibarga.gov.it

E-mail: luis00300x@istruzione.it – PEC luis00300x@pec.istruzione.it – C.F. 90004830460

Dichiarazione personale per l'accesso ai fondi per il miglioramento offerta formativa – Alternanza Scuola Lavoro – Progetti d'Istituto

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____

docente incaricato a tempo indeterminato/determinato di _____ in servizio presso questo Istituto

- Visto il CCNL Scuola, Vista la Contrattazione Integrativa di Istituto

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver prestato regolarmente le attività sotto dichiarate nell'a.s. 2018/2019 e di avere pertanto diritto alla corresponsione del relativo compenso: *(barrare le voci che interessano)*

Fondo Istituzione Scolastica - Attività o incarico	Ore effettuate funzionali all'attività didattica	Ore effettuate di insegnamento
Primo collaboratore del Dirigente (*)		
Secondo collaboratore del Dirigente (*)		
Referente Liceo Linguistico, sostituzioni docenti ISI 1 e 2 (*)		
Referente Ipseoa Eventi (*)		
Referente ITT (*)		
Coordinatori Classi prime/seconde (*) - Classe _____ Istituto _____		
Coordinatori Classi terze/quarte (*) - Classe _____ Istituto _____		
Coordinatori Classi quinte (*) - Classe _____ Istituto _____		

Fondo Istituzione Scolastica - Attività o incarico	Ore effettuate funzionali all'attività	Ore effettuate di insegnamento
Sportello Didattico (*) (**)		
Commissione Orientamento e staff (*) (**)		
Coordinatore Dipartimenti (*)		
Referente Orario ISI 1 - ISI 2 (*)		
Referente Orario IIT (*)		
Docente Tutor Neo Assunto in ruolo		

Funzioni Strumentali - Importo Forfetario
Funzione Strumentale _____ (**)

Attività Complementari Educazione Fisica	N. ore
Ore attività complementari Educazione Fisica (*) (**)	

Percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento ex ASL 2018/2019	Ore effettuate funzionali all'attività didattica
Tutor (**) Classe _____	
Tutor (**) Istituto _____	

Progetti Istituto non retribuiti dal Fondo per il Miglioramento Offerta Formativa	Ore effettuate funzionali all'attività didattica	Ore effettuate di insegnamento
Progetto _____ (*) (**)		
Progetto _____ (*) (**)		
Progetto _____ (*) (**)		
Progetto _____ (*) (**)		
Progetto _____ (*) (**)		

Note: () Allegare Relazione Finale: (**) Allegare Time Card*

Data _____

Il docente (firma) _____