



# **PROSPETTO INDIVIDUALE**

## **FONDO DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

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

**Sig.** \_\_\_\_\_

**Profilo:**

- Direttore SGA**
- Assistente Amministrativo**
- Assistente Tecnico**
- Collaboratore Scolastico**

Il sottoscritto.....

Direttore SGA     Assistente Amministrativo     Assistente Tecnico     Collaboratore Scolastico

in riferimento all'assegnazione di incarichi per attività aggiuntive 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 6 del CCNL 2006-2009)	<b>Ore Richieste</b>	<b>Recupero</b>	<b>Pagamento</b>	<b>Riservato al DS</b>
1	Commissione .....				
2	Disponibilità dichiarata sostituzione colleghi assenti				
3	<input type="checkbox"/> Intensificazione *				
4	<input type="checkbox"/> Lavoro straordinario .....				
5	Altro..... ..... (specificare)				
<b>Totale</b>					

\* l'attribuzione delle ore di intensificazione (1 ora su 3) non è automatica ma deve essere certificata

