|  |
| --- |
|  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SIGNA**Via Roma, 230 - 50058 SIGNA - Cod. fiscale 94076140485 -Tel. 0558734665 – fax 0558790600[www.icsigna.edu.it](http://www.icsigna.edu.it) - fiic82200n@istruzione.it - fiic82200n@pec.istruzione.it  |

**SCHEDA RELAZIONE - RENDICONTAZIONE**

* **ORE FUNZIONALI PER LA REALIZZAZIONE DELL’OFFERTA FORMATIVA**
* **ORE COMMISSIONI**

 Alla Dirigente Scolastica dell’Istituto Comprensivo di Signa

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai fini del pagamento dei compensi previsti nel Piano offerta formativa e nella Contrattazione di Istituto, dichiara sotto la propria personale responsabilità di avere svolto l’attività di cui all’oggetto oltre l’orario di servizio d’obbligo e relaziona di seguito lo svolgimento dell’incarico:

**AZIONE PROGETTUALE / COMMISSIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REFERENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Totale Ore effettuate n. \_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | n. ore | Dalle | Alle | Luogo | Attività svolta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

LA DICHIARAZIONE HA VALORE GIURIDICO.

Signa, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VERIFICATI GLI ATTI D’UFFICIO**

**VERIFICATO QUANTO SOPRA DICHIARATO,**

**SI ATTESTA CHE LE PRESTAZIONI SONO STATE EFFETTIVAMENTE RESE**

**E SI DISPONE LA LIQUIDAZIONE DEL COMPENSO DOVUTO.**

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**Prof.ssa Francesca Bini**