  

**ISTITUTO COMPRENSIVO “ N. BOTTA”**



# Via E. Fermi 4 , 90015 Cefalù - Tel 0921 421242 - Fax 0921 923268

**Mail:** [**paic8aj008@istruzione.it**](mailto:paic8aj008@istruzione.it)**- PEC:** [**paic8aj008@pec.istruzione.it**](mailto:paic8aj008@pec.istruzione.it)**Codice fiscale: 82000590826 - Codice meccanografico: PAIC8AJ008**

Prot.………./….. del 2021

Al Dirigente scolastico dell’Istituto Comprensivo “N.Botta”

Cefalù

# Oggetto: Fondo d’istituto, richiesta liquidazione competenze per le attività svolte nell’a.s. 2020-21

..l.. sottoscritt.. ……………………………………………………….., DOCENTE con contratto a tempo [] det. [] indet., in servizio in questo istituto, avendo svolto le attività indicate nel prospetto, congruenti con quanto stabilito nel C.I.d’I., ne chiede la relativa liquidazione.**Allega**: [] relazioneindividuale

[] relazionedigruppo sull’attività svolta,[] registroattività

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FUNZIONAMENTO ORGANIZZATIVO GENERALE INCARICHI:** | **Richiesta per ore svolte** | **VERIFICA UFFICIO**  **Ore/da liquid** |
| Coordinamento didattico (scuola secondaria 22unità; Primaria 8 ; Infanzia 4.Criterio della complessità di coordinamento) |  |  |
| Coordinamento di plesso 7 unità. Criterio della complessità di coordinamento) |  |  |
| Coordinamento dipartimento (15) |  |  |
| Collaboratori del ds 2 unità |  |  |
| Responsabile COVID-19 d’Istituto |  |  |
| Responsabile COVID-19 di Plesso |  |  |
| Gruppi di lavoro (Curricolo, Ptof,.) |  |  |
| Animatore digitale |  |  |
| Continuità e Formazione classi |  |  |
| **INCARICHI RELATIVI A PROGETTI (attività funzionali eccedenti l’orario di servizio)** |  |  |
| Incarichi Viaggi istruzione |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………. |  |  |
| INCARICHI Progetti PTOF  ………………………………………………. |  |  |
| INCARICO RESPONSABILE PROGETTO: …………………………………. |  |  |
| Altro |  |  |
| Attività funzionali eccedenti non previste …………………………. |  |  |
| Totale |  |  |
| ORE ECCEDENTI LE LEZIONI n. |  |  |
| Funzione strumentale  …………………………………………………….  ………………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |

Cefalù, \_ Firma

……………………………………………………………………

Visto il Dirigente scolasticao

Dr. Spiraglia Sebastiano