|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca*  **ISTITUTO COMPRENSIVO n. 2 “ALBINO BERNARDINI”** –  SINISCOLA (NU)  Via Sarcidano loc. “Sa Sedda” - tel. 0784/1825972 -  *Codice Fiscale: 93043420913*  C. M. NUIC87900T - [*nuic87900t@istruzione.it*](mailto:nuic87900t@istruzione.it)- *nuic87900t@pec.istruzione.it* - sito web: [www.icsiniscola2.gov.it](http://www.icsiniscola2.gov.it) | | |
|  | | |

**RICHIESTA COMPENSO FONDO ISTITUZIONE SCOLASTICA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a .................................................................................................docente presso questo Istituto dichiara di aver svolto nel corrente anno scolastico, oltre il proprio orario di servizio, le sottoelencate attività previste dal P.T.O.F. e dal Contratto Integrativo d’Istituto per l’a.s. **2018/2019**

**SCHEDA B**

**PLESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SCUOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome Progetto** | **Tipologia** | **N. Ore** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Viaggio d’istruzione** | N° |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Commissione (1) | Coordinatore | Segretario | **N. Ore** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Addetti servizio prevenzione e protezione | Si | No |
| Addetti prevenzione incendi | Si | No |
| Addetti primo soccorso | Si | No |

|  |  |
| --- | --- |
| G.L.H. e G.L.O.(Incontri specialisti – A.S.L.) | **N. Ore** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corso di formazione | Sede | **N. Ore** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organi Collegiali |  | **N. Ore** |
| Docente coordinatore |  |  |
| Docente verbalizzante |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Collaboratore Dirigente Scolastico | Si | No |
| Responsabile di Plesso | Si | No |
| Responsabile di Laboratorio | Si | No |

|  |  |
| --- | --- |
| ALTRO |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Note: (1) Specificare il nome della Commissione

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_