Allegato alla Circ. n.187 del 06/06/22

Al Dirigente Scolastico

IC Albino Bernardini – Siniscola

**AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE ATTIVITA’ FUNZIONALI RETRIBUITE CON IL FIS - A.S. 2021/2022**

Il/La sottoscritto/a in servizio presso questo Istituto in qualità di docente a tempo (determinato/indeterminato) Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità stabilite dalla Legge (DPR 445/2000, Art. 46) per false attestazioni, dichiara di aver svolto per l’a.s. 2021/2022 le seguenti attività da retribuire con il Fondo di Istituto (FIS) come previsto dal CCNL del 29/11/2007 in relazione a quanto stabilito nella contrattazione integrativa di istituto e come da nota di incarico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Incarichi, attività, ruoli | N. incontri | N. ore | Verbale n…  del …. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALI ORE / VERBALI** | |  |  |

Le attività indicate saranno retribuite solo per le ore effettivamente prestate e documentabili, entro il budget stabilito per ognuna di esse in sede di contrattazione integrativa di Istituto

Eventuali osservazioni

\_

\_

\_

\_

\_

\_

\_

\_

In fede

Data

(firma)

VISTO, si autorizza il pagamento per un totale di ore

Il Dirigente Scolastico

Dott. Walter Landi