



Via Cesare Battisti, 19 – 20815 Cogliate (MB)
 Tel. 02-96460321 – 02-96468302 - Fax 02/9660749
 C.M. MIIC866002 – C.F. 91074000158 – c.c.p. n. 50593201
 mail segreteria: miic866002@istruzione.it, pec: miic866002@pec.istruzione.it
www.iccogliate.gov.it

DICHIARAZIONE ATTIVITÀ AGGIUNTIVE PRESTATE A.S. 2017/2018

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____ docente tempo indeterminato/ determinato
 in servizio c/o la scuola: ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria I grado di ☐ Cogliate ☐ Ceriano Laghetto
 vista la circ. n. 78 del 03/11/2017 relativa all'assegnazione degli incarichi per lo svolgimento delle attività
 aggiuntive ed attività di aggiornamento

DICHIARA

di aver effettuato nel periodo nell'a.s. 2017/2018 le seguenti attività: (allegare documentazione)

ATTIVITA' DI INSEGNAMENTO:	Ore dichiarate	Ore autorizzate
☐ Corso di recupero per alunni	n. ore _____	n. ore _____
ATTIVITA' DI FORMAZIONE (in qualità di discente) (dalla 21 ora a un max. di 30 ore fuori orario servizio documentata)	n. ore _____	n. ore _____
ATTIVITA' DI AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA		
☐ Corso di musica per alunni	n. ore _____	n. ore _____
☐ Progetto teatro/ Cinema	n. ore _____	n. ore _____
☐ Certificazione KET/ ECDL	n. ore _____	n. ore _____
☐ Altro _____	n. ore _____	n. ore _____
ATTIVITA' DI COMMISSIONE, DI GRUPPO DI STUDIO:	n. ore _____	n. ore _____
☐ Referenti progetti PTOF _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Referenti laboratori informatica _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Referenti GLI/ Cyberbullismo	n. ore _____	n. ore _____
☐ Manifestazioni/ eventi _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Commissione _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Continuità _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Progetto _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Progetto _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Progetto _____	n. ore _____	n. ore _____
ORE ECCEDENTI L'ORARIO D'OBBLIGO		
☐ Sostituzione colleghi assenti	n. ore _____	n. ore _____
ATTIVITA' DI SUPPORTO ORGANIZZATIVO AL DS		
☐ Collaboratore _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Referente plesso scuola _____	n. ore _____	n. ore _____
☐ Animatore digitale/ web master	n. ore _____	n. ore _____
ATTIVITA' DI FUNZIONE STRUMENTALE AL P.O.F.	☐ SI	☐ NO

Cogliate, ____/____/____

Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

Si autorizza la liquidazione per n. ore _____

Il Direttore S.G.A.

Il Dirigente Scolastico
 Gabriella Zanetti