Alla Dirigente Scolastica del C.P.I.A. di Verona

**AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA ALLE ATTIVITA EXTRA ORARIO E/O IN**

**ORARIO DI SERVIZIO PER L’ACCESSO AL FONDO DELL'ISTITUTUZIONE SCOLASTICA (F.I.S.) e/o DA BILANCIO, IN BASE ALLA CONTRATTAZIONE**

(Art..4 G T.U. dc He disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa *D.*M. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a (*indicare nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto Scolastico in qualità di personale A.T.A. *Collaboratore scolastico* a Tempo *(indicare se a Tempo Determinato o Indeterminato),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* presso la sede associata di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità DICHIARA di avere svolto per l’anno scolastico 2020/21le seguenti attività da retribuire con il Fondo del1’Istituzione Scolastica.

**BARRARE LA CASELLA (🞎) RELATIVA ALL'ATTIVITÀ SVOLTA con una X ED INDICARE IL NUMERO DELLE ORE SVOLTE O LA QUOTA ASSEGNATA IN CONTRATTAZIONE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FONDO ISTITUZIONE SCOLASTICA** | N. ore o quota stabilita nel F.I.S. | Riservato alla  Dirigente Scolastica |
| **F.I.S. COLLABORATORI SCOLASTICI** |  |  |
| 🞎 Sostituzione di un college assente fuori Comune e diversa sede associate  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N. giorni |  |
| 🞎 Intensificazione del lavoro per collega assente  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N. giorni |  |
| 🞎 Sostituzione di un collega assente che comporta un cambio turno nella stessa sede associata  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  GIORNATA del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N. giorni |  |
| 🞎 Valorizzazione funzione Collaboratori Scolastici che operano ordinariamente almeno in due sedi:  Indicare i comuni o luoghi dello stesso Comune in cui si è regolarmente prestato servizio  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞎 Orario disagiato (spostamento nella stessa giornata - non beneficiari di riduzione oraria – 35 ore) |  |  |
| 🞎 Servizio prestato presso la sede di S. Martino Buon Albergo, non appartenente alla propria sede di territorialità |  |  |
| 🞎 Lavoro straordinario non recuperato – esclusivamente oltre l’orario di servizio - effettuato nella  GIORNATA del ……………………….n. ore …………  GIORNATA del ……………………….n. ore …………  GIORNATA del ……………………….n. ore …………  GIORNATA del ……………………….n. ore …………  GIORNATA del ……………………….n. ore ………… | N. ore |  |
| 🞎 Lavoro straordinario per igienizzazione-sanificazione emergenza COVID |  |  |

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara che ha svolto tali mansioni:

**INCARICHI SPECIFICI**

🞎 Accoglienza e assistenza di tipo amministrativo all’utenza

🞎 Gestione materiale di pulizia

🞎 Piccola manutenzione

🞎 Incarico assistenza alunni portatori di handicap o minorenni particolarmente problematici

Verona, ……………………….. In fede,

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

Visto, si autorizza

La Dirigente Scolastica Dott.ssa Nicoletta Morbioli