Al Dirigente Scolastico

 Al DSGA

 dell’I.C. Falcone e Borsellino di Morlupo

Oggetto: richiesta liquidazione compensi F.I.S. a.s. 2023/2024 – Rif. Circolare. n. 297 del 03/06/2024

 **ATA – COLLABORATORE SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Assistente Amministrativo

con nomina a [ ] tempo indeterminato [ ] tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vista** la nomina conferita e sottoscritta,

**Consapevole** delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt, 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di aver effettivamente espletato nell’a.s. 2023/2024 i seguenti incarichi/attività previsti dal Contratto Integrativo di Istituto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **ATTIVITA’****Specificare** | **Attività conferita****e totalmente effettuata****(SI o NO)** | **Attività conferita e parzialmente****effettuata****specificare motivazione)** | **Attività conferita****e NON effettuata****(specificare motivazione)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INCARICO SPECIFICO** | **Attività conferita****e totalmente effettuata****(SI o NO)** | **Attività conferita e parzialmente****effettuata****(specificare motivazione)** | **Attività conferita****e NON effettuata****(specificare motivazione)** |
| **Attività**: Assolvimento dei compiti legati all'assistenza alla persona, all'handicap ed al primo soccorso. |  |  |  |

**INTENSIFICAZIONE**

[ ] le ore non sono state prestate

[ ] le ore prestate per le quali se ne richiede il pagamento sono già state inoltrate all’istituto.

**STRAORDINARIO**

[ ]è stato totalmente richiesto a recupero nel corrente anno scolastico 2023.2024

[ ] si richiede il pagamento di n. ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*verificare con il DSGA le ore effettivamente prestate e autorizzate*

Firma

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_