*MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA*

**ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)**

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

**Via Amsicora, 6. – 09091 ALES (Oristano)** ; e-mail: **ORIC82100N@istruzione.it**

Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691 – FAX 0783/998061- cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954;

## RILEVAZIONE PRESENZE ATTIVITÀ AGGIUNTIVE

**ATTIVITÀ AGGIUNTIVE**_____

**INCARICO PROT.N.** _____

**ANNO SCOLASTICO** _____

**COGNOME E NOME**_____

**QUALIFICA E SEDE DI SERVIZIO**_____

| GIORNO | DURATA | N.ORE | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VERIFICA ATTIVITÀ SVOLTA

Si Attesta Che Il/La_____

Ha effettivamente svolto le attività suindicate, per cui si autorizza la liquidazione per un importo complessivo di euro_____pari a n. _____ore aggiuntive

Il Dirigente scolastico

Dott.ssa Annalisa Frau