

Al Dirigente Scolastico dell'IIS CESARE BATTISTI - VELLETRI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  A.T.A. a T.I.  a T.D.  (qualifica \_\_\_\_\_)  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, ai sensi della Legge 15/1968 e del DPR 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci, di avere effettuato prestazioni aggiuntive riferite alla tabella sottostante, relative all'anno scolastico 2023/24, retribuibili ai sensi della contrattazione integrativa d'Istituto.

Le ore prestate sono così distinte (**SPECIFICARE LE ATTIVITÀ SVOLTE E ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE DI CUI SI È IN POSSESSO**):

| Incarichi retribuibili con FIS | Attività relative ai PCTO | Progetti P.T.O.F. | Altre attività (specificare) |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------|------------------------------|
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |
|                                |                           |                   |                              |

DICHIARA INOLTRE CHE IL SERVIZIO PRESTATO NON È STATO RECUPERATO O RECUPERATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Visto DGSA \_\_\_\_\_