Al Dirigente Scolastico

I.C. P.Levi

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente in servizio presso I.C. P.Levi , dichiara, nel rispetto di quanto previsto dal DPR n. 445 del 2000, di aver svolto, nell’ a. s. 2024/25, le attività funzionali all’insegnamento e i corsi di formazione del PTOF di seguito riportati:

**Attività funzionali**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Collegio  Data e ore | | | Consigli (ad esclusione degli scrutini),  data e ore | | Dipartimenti  Data e ore | | Colloqui  Data e ore | | Commissioni  Data e ore | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOT |  | | TOT |  | TOT |  | TOT |  | TOT |  |
|  | |

**Corsi di formazione**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titolo del corso | Periodo di svolgimento | N. ore frequentate |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTALE ORE CORSI | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TOTALE COMPLESSIVO | h. |

Tot. Numero ore eccedenti le 80\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e Data , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il docente