



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"

Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908
Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 -UFA3PJ
www.leolimbiate.edu.it mail mbic8gc002@istruzione.it
mail mbic8gc8002@pec.istruzione.it



Circ. n. 188

Limbiate, 30 -05-24

A tutti i docenti del Comprensivo

Al personale ATA

Al DSGA

Al Sito Web

Oggetto: Adempimenti fine anno scolastico 2023-2024

Si invitano gli insegnanti a depositare in segreteria, nelle rispettive cartelle, la seguente documentazione

debitamente compilata entro il giorno 24 giugno 2024:

- rendicontazione FIS;
- modulo ferie;
- modulo di partecipazione ai corsi di formazione.

Il modulo FIS dovrà indicare il quantitativo di ore svolte e una descrizione sintetica dell'attività. Si ricorda che non saranno considerate le ore dichiarate che eccedano il budget previsto per l'area di progetto o la specifica attività in fase di programmazione, in quanto non formalmente autorizzate. Si invitano i docenti a verificare con i referenti, le Funzioni Strumentali o con le Responsabili di progetto che non vi siano difformità. I docenti con incarico di Collaboratori, Referenti di plessi, Funzioni Strumentali, Team digitale, Commissioni e gruppi di lavoro redigeranno una relazione finale (vedi modulistica allegata) da depositare in segreteria, nelle rispettive cartelle, entro il 24 giugno 2024.

Il Dirigente Scolastico
Dott. Massimo Morselli

Firma apposta ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.L. vo n.39/93



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"

Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbate (MB) - tel. 02/99055908
Cod. mecc. MBIC8GC002 – Codice Fiscale 83011180151 -UFA3PJ
www.leolimbate.edu.it mail mbic8gc002@istruzione.it
mail mbic8gc8002@pec.istruzione.it

**SCHEDA DI RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ CARICO DEL FIS
ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

Il/La sottoscritto/a _____ docente di _____ in servizio presso l'I.C. Leonardo da Vinci- plesso _____

DICHIARA

di avere effettuato le seguenti attività retribuite a carico del :

- FIS
- Progetti a carico Bilancio d'Istituto

INCARICO / ATTIVITÀ
(descrivere il tipo di incarico)

1. _____
2. _____
3. _____

N° ore assegnate	Descrizione sintetica dell'attività svolta	PERIODO	N° ore effettuate

Totale ore

Non verrà liquidato un numero di ore superiore rispetto a quanto assegnato.

DATA _____ DOCENTE _____

VISTO

APPROVATO
 NON APPROVATA

IL DSGA
Andrea Mezzogiorno

IL Dirigente Scolastico
Dott. Massimo Morselli



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"

Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908
Cod. mecc. MBIC8GC002 - Codice Fiscale 83011180151 -UFA3PJ
www.leolimbiate.edu.it mail mbic8gc002@istruzione.it
mail mbic8gc8002@pec.istruzione.it

FORMAZIONE DOCENTI A.S.....

Il/La sottoscritto/a _____ docente di _____

in servizio presso l'I.C. "L. da Vinci" plesso _____ dichiara, sotto la propria responsabilità,

di aver partecipato ai seguenti percorsi formativi (indicare tutti i corsi di formazione)

Table with 6 columns: TITOLO DEL CORSO, NUMERO DI ORE EFFETTUATE ORE TOTALI, DI CUI IN PRESENZA, E ON LINE, ENTE CERTIFICATORE, DATA CONSEGUIMENTO

Data,

Firma.....



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia

Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"
Via L. Da Vinci, 73 - 20812 Limbiate (MB) - tel. 02/99055908
Cod. mecc. MBIC8GC002 - Codice Fiscale 83011180151 -UFA3PJ
www.leolimbiate.edu.it mail mbic8gc002@istruzione.it
mail mbic8gc8002@pec.istruzione.it



Form box containing fields for Protocollo and Data, and a note 'Riservato all'ufficio'.

ARGO [] SIDI [] NET []

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "Leonardo Da Vinci"

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di [] DOCENTE [] ATA Plesso [] Infanzia [] Primaria [] Secondaria [] Infanzia Don Milani
[] Tempo Determinato
[] Tempo Indeterminato

CHIEDE

che gli/le venga concesso un periodo di:

- [] Ferie [] A.S. precedente [] A.S. corrente _____
[] Recupero lavoro straordinario

[] Festività soppresse (Legge 937/77)

[] Assenza per malattia

[] Assenza per malattia (visita medica)
(Nel caso di assenza per malattia dovuta a visita medica si dichiara che tale visita non può essere fatta al di fuori dell'orario di servizio)

[] Permesso RETRIBUITO art.15CCNL
Personale a Tempo Indeterminato

[] Permesso NON RETRIBUITO art. 19 CCNL
Personale a Tempo Determinato
Comma 7: [] Altro (specificare): _____

- Comma1: [] concorsi (gg. 8all'anno) [] lutto (gg. 3 ad evento)
Comma2: [] motivi personali/familiari (gg. 3all'anno)
Comma3: [] matrimonio (gg. 15consecutivi)
Comma7: [] Altro (specificare): _____

[] Astensione obbligatoria (L. 8/03/2000, n. 53) [] Aspettativa per: [] Famiglia [] Studio [] Esperienza 1
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____

Allega: _____

Recapito: _____ Tel. _____/_____

Firma

Limbiate, _____



- si autorizza
- non si autorizza

Il DSGA (solo ATA)
Andrea Mezzogiorno

Il Dirigente Scolastico
Dott. Massimo Morselli