



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 Constant Constant

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.

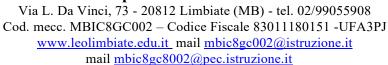
Il Dirigente Scolastico Dott. Massimo Morselli

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





Istituto Comprensivo Statale "L. DA VINCI"





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

	docente di	
presso l'I.C. Leonardo da Vinci- p	olesso	
	DICHIARA	
di avere effettuato le seguenti atti-	vità retribuite a carico del:	
• FIS		
Progetti a carico	Bilancio d'Istituto	
INCARICO / ATTIVITÀ (descrivere il tipo di incarico)		
1		
2		
3		
N° ore assegnate Descri	rizione sintetica dell'attività svolta PERIODO	N° ore effettuate
	7	Totale ore
Non verrà liquidato un numero di or	e superiore rispetto a quanto assegnato.	otale ore
DATA	DOCENTE	
□ VISTO		ROVATO J APPROVATA
IL DSGA	IL Dirigen	nte Scolastico
Andrea Mezzogiorno	Dott. Mas	ssimo Morselli









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

Il/La sotto	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)								
TITOLO DEL CORSO	NUMERO DI ORE EFFETTUATE ORE TOTALI	DI CUI IN PRESENZA	E ON LINE	ENTE CERTIFICATORE	DATA CONSEGUIMENTO			
Data,		1			1			









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



Protocollo_	ARGO□	SIDI□	NET \square	Al DirigenteScolastico	
Protocollo			dell'Istitut	o ComprensivoStatale	
Data				"Leonardo Da Vinci	
Riservato all'ufficio					
Il/La sottoscritto/a				,in servizio presso	
questo Istituto in qualità di □DOCENT	\Box ATA	Plesso	□Infanzia		
☐ Tempo Determinato				□Primaria	
☐ Tempo Indeterminato	☐ Tempo Indeterminato			□Secondaria	
			☐ Infanz	ia Don Milani	
1 1./1	CHIEDE				
che gli/le venga concesso un period	10 di:				
☐ Ferie ☐A.S.precedente		□Festivita	à soppresse (Legge93	7/77)	
□ A.S.corrente □ Recupero lavoro straordinar	 io	□Assenza per malattia			
		(Nel caso di medica si dicl	a per malattia (visita assenza per malattia dovu hiara che tale visita non può l'orario di servizio)	ita a visita	
☐ 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 □lutto (gg. 3 ad ev	·				
Comma2:					
Comma3:	15consecutivi)				
Comma7:	:				
□Astensione obbligatoria (L	. 8/03/2000, n. 53) □ Aspetta r	tiva per: □Famig	lia □Studio □Esperien:	za l	
dal	al	gg			
dal	al	gg			
dal	al	gg			
Allega:					
Recapito:		Tel	/		
Limbiato			F	irma	

□ si autorizza□ non si autorizza

Il DSGA (solo ATA) Andrea Mezzogiorno Il Dirigente Scolastico Dott. Massimo Morselli