Alla c.a. Dirigente ScolastIico

Liceo “ Niccolò Machiavelli”

Roma

Il/La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, docente di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato/determinato dichiara sotto la propria responsabilità di aver svolto nell’a. s. 2018/19 le seguenti **attività aggiuntive nell’ambito delle attività PCTO (già ASL)**:

🞎 referente Asl

🞎 Commissione asl

🞎 Commissione orientamento in uscita

🞎 Commissione stage e viaggi con asl

🞎 Coordinatore della classe di triennio ……………………………………

🞎 partecipazione a progetti PTOF:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome del progetto** | **n. ore funzionali** |
| Notte bianca LES |  |
| Atlante digitale del ‘900 |  |
| Rete Dialogues |  |
| Repubblica@scuola |  |
| David giovani |  |
| Dico di no |  |

🞎 tutor Asl classe ……………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione percorso formativo  seguito come tutor | N. studenti  coinvolti | Ore totali percorso formativo | n. ore funzionali  (eccedenti l’orario di servizio)  effettuate come tutor | n. ore frontali (eccedenti l’orario di servizio)  effettuate come tutor |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

🞎 tutor Asl classe ……………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione percorso formativo  seguito come tutor | N. studenti  coinvolti | Ore totali percorso formativo | n. ore funzionali  (eccedenti l’orario di servizio)  effettuate come tutor | n. ore frontali (eccedenti l’orario di servizio)  effettuate come tutor |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Per il dettaglio delle ore svolte si rimanda alla tabella excel allegata.*

Roma, ……………………………… firma del dichiarante

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

🞎 visto Il Direttore S.G.A. 🞎 visto Il Dirigente Scolastico

Sig.ra M. Grazia Lanzi Prof.ssa Elena Zacchilli