

Il/La sottoscritto/a _____, docente di _____
con contratto a tempo indeterminato/determinato dichiara sotto la propria responsabilità di aver svolto nell'a. s.
2017/18 le seguenti **attività aggiuntive per attività di Alternanza scuola-lavoro**:

- referente Asl
- Commissione asl
- 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.
Sig.ra M. Grazia Lanzi

visto Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elena Zacchilli