

AUTODICHIARAZIONE ATTIVITA' SVOLTE

Il sottoscritto _____

Docente di _____ Settore: Tecnico e/o Professionale tempo determinato tempo indeterminato**Dichiara**

Di avere svolto nell'a.s. _____ i seguenti incarichi retribuiti e inseriti nel P.T.O.F d'Istituto (contrassegnare quanto di interesse con una **X**, o, ove indicato, con il n. ore o la classe)

| | |
|--|---------------|
| Primo collaboratore del DS | |
| Secondo collaboratore del DS | |
| Referente sede centrale, palestre e laboratori Moda: | |
| Referente laboratori meccanici: | |
| Referente laboratori elettrotecnici: | |
| Referente della sede di Viale Trento Trieste | |
| Referenti di Indirizzo | |
| Referente Elettrotecnica e Automazione | |
| Referente Manutenzione | |
| Referente Meccanica e mecatronica | |
| Referente Produzioni tessili | |
| Referente Sistema Moda | |
| Docenti coordinatori di aree progettuali: | |
| EDUCAZIONE FISICA | |
| TEATRO | |
| TEATRO IN LINGUA INGLESE | |
| COORDINAMENTO ASSISTENTATO E MADRELINGUA | |
| PASSAGGI CLASSI PRIME | |
| ANIMATORE DIGITALE | |
| Membri delle Commissioni Didattiche | |
| Commissione POF, NIV-NAV: | ore n. |
| Commissione GLI | ore n. |
| Inclusione alunni con D.S.A: | ore n. |
| Integrazione studenti non italofoni | ore n. |
| Team digitale: | ore n. |
| Innovazione didattica e applicazione della riforma | ore n. |
| Commissione orario: | |
| Professionale e Tecnico Moda più coordinamento | |
| Professionale Manutenzione | |
| Tecnico | |

| | |
|---|-----------------|
| Serale | |
| Nucleo di valutazione | ore n. |
| Commissione elettorale | ore n. |
| Coordinatore dei Consigli di Classe | |
| classi 1 ^e (n. 14 + 1 serale) | Classe: |
| classi 3 ^e prof.le (6 + 1 serale) | Classe: |
| classi 5 ^e (10 + 3 serali) | Classe : |
| altre classi (35 + 2 serali) | Classe : |
| Tutor classi prime e seconde professionale e tecnico | Classe : |
| FUNZIONE STRUMENTALE | |

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

| | |
|---|--|
| Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento | |
| Tutor classe indicare classe _____ e numero alunni per i quali è stato attivato lo stage: | |
| Tutor indirizzo : | |

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

ALTRI PROGETTI NON RETRIBUITI DAL FONDO ISTITUZIONE SCOLASTICA e da ASL (esclusi leFP)

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

Progetto _____ Ore docenza _____ Ore non docenza _____

ALTRO/NOTE _____

Data _____

Firma _____