|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO DI OSIO SOPRA** | | |
| **INCARICHI RETRIBUITI CON IL FONDO DI ISTITUTO A.S. 2020/21** | | |
| **COGNOME E NOME:** | | |
| |  | | --- | | Primaria Secondaria | | | |
| |  | | --- | | Osio Sopra Levate | | | |
| **Crocettare l'incarico e indicare brevemente le attività svolte.** | | |
| **Il compenso verrà riconosciuto secondo quanto disposto dal Contratto Integrativo di Istituto.** | | |
|  | **INCARICO** | **DESCRIZIONE DELLE**  **ATTIVITA' SVOLTE** |
| Collaboratori del D.S. |  |  |
| Referenti di plesso Levate |  |  |
| N.I.V. |  |  |
| Referente Cyberbullismo |  |  |
| G.L.I. |  |  |
| Mensa e salute |  |  |
| Compilazione orari Primaria |  |  |
| Compilazione orari Secondaria |  |  |
| Coordinatori Primaria |  |  |
| Coordinatori Secondaria (classi prime e seconde) |  |  |
| Coordinatori Secondaria (classi terze) |  |  |
| Incontri con neuropsichiatra, assistenti sociali,  équipe specializzata\* |  |  |
| Commissione PTOF |  |  |
| Commissione Continuità |  |  |
| Open Day |  |  |
| Tutor docenti anno di formazione |  |  |
| Referente ed. civica |  |  |
| Team digitale |  |  |
|  |  |  |
| Data /06/2021 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  |  |
| * Indicare se fuori orario di servizio in presenza o in videoconferenza (1/2 per classe). Specificare la durata   dell’incontro. |  |  |
|  |  |  |