DOCENTE :

C O M P E N S O F O N D O D E L L' I S T I T U Z I O N E A.S. 20___/20___

ATTIVITA' SVOLTE NEL PROGETTO:

DATA	ATTIVITA' DI INSEGNAMENTO*	ATTIVITA' DI NON INSEGNAMENTO*	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE INSEGN.	TOT. ORE NON INSEGN.	TOT ORE A RECUPERO

	TOTALE GENERALE ORE DA LIQUIDARE						

Data

FIRMA DEL DOCENTE

_____

*** SPECIFICARE L'ATTIVITA'SVOLTA**

Visto si autorizza la liquidazione:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Daniela PISTORINO