**MOD 1.3.2**

****

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ CARLO RIDOLFI”**

Viale della Repubblica, 6 - 36045 LONIGO (VI)

# 🕿 **Tel. n. 0444/830244 Fax n.0444/438525-**

# **E-mail:**  **viic818008@istruzione.it**C.F. 80016190243-Cod.Min. VIIC 818008

**REGISTRO PER ATTIVITA’ FUNZIONALI**

**Il docente docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**responsabile del Progetto/Attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**dichiara : ⁭ di aver svolto le seguenti attività e ore**

 **⁭: che il docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **coinvolto nel progetto ha svolto le seguenti attività e ore**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data**  | **n. ore** | **Attività svolta** |
| **…………..** | **…………..** | **…………………………………………….****…………………………………………….** |
| **…………..** | **…………..** | **……………………………………………****……………………………………………** |
| **…………..** | **…………..** | **…………………………………………….****…………………………………………….** |
| **…………..** | **…………..** | **…………………………………………….****…………………………………………….** |
| **…………..** | **…………..** | **…………………………………………….****…………………………………………….** |
| **…………..** | **…………..** | **…………………………………………….****…………………………………………….** |

 **TOTALE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del docente referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 ***Dr. Luca Saggioro***