



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "OLGA ROVERE"**

Via San Rocco, 66 - 00068 - RIGNANO FLAMINIO - ROMA

☎ 0761 597012 - Fax 0761 506301

C.F. 97198420586 - C.M. RMIC877001 - 31° Distretto Scolastico

Codice IPA: **istsc_rmlic877001** - Codice univoco ufficio per FE: **UFFKHF** Codice AOO: **A482310**

sito web: www.olgarovere.edu.it e-mail: RMIC877001@istruzione.it

PEC: rmic877001@pec.istruzione.it



Com. n.241

Rignano Flaminio, 04/06/2024

Al DSGA

Al personale ATA

(area riservata)

Oggetto: Liquidazione compensi accessori M.O.F./altri finanziamenti a.s. 2023/2024

Al fine della liquidazione dei compensi in oggetto, il personale ATA è invitato a compilare integralmente, sottoscrivere e far pervenire, **in formato pdf**, il modello di domanda che interessa, allegato alla presente circolare, **entro e non oltre il 14 giugno 2024**, esclusivamente all'indirizzo e-mail istituzionale rmic877001@istruzione.it.

Il mancato invio nelle modalità e nei tempi indicati all'interno del modello stesso, equivarrà a mancata prestazione dell'attività aggiuntiva e pertanto comporterà la mancata erogazione del compenso.

Il compenso previsto sarà proporzionalmente ridotto nei casi in cui l'attività prestata sia stata parzialmente resa o in caso di assenza superiore a 30 giorni.

Si ricorda che, qualora le autocertificazioni risultino mendaci, il dipendente ne risponderà secondo la normativa vigente.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Marisa Marchizza

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993

Al Dirigente Scolastico
Al DSGA
dell'I.C. OLGA ROVERE
Rignano Flaminio

Oggetto: richiesta liquidazione compensi M.O.F. a.s. 2023/2024
ATA – ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

La/il sottoscritta/o _____ in servizio presso la
sede/plesso: _____
in qualità di Assistente Amministrativo
a [] tempo indeterminato [] tempo determinato con nomina dal _____ al _____

Vista la nomina conferita,

DICHIARA

di aver effettivamente espletato nell'a.s. 2023/2024 i seguenti incarichi/attività previsti dal Contratto Integrativo di Istituto:

ATTIVITÀ (specificare attività)	Importo	Servizio prestato (SI o NO)
1. Coordinamento uscite didattiche e supporto ufficio acquisti;		
2. Gestione pratiche alunni con disabilità; partecipa ai lavori delle commissioni o dei comitati per l'assistenza agli alunni con disabilità, nonché all'elaborazione del PEI ai sensi dell'art 7, comma 2, lettera a) del D.lgs. n. 66 del 2017- Gestione/distribuzione attrezzature per didattica a distanza;		
3. Collaborazione con il DS, con i Collaboratori del DS, maggior aggravio di lavoro per utilizzo piattaforme esterne (PASSWEB-INPS, PERLA.PA);		
4. Relazioni con Amministrazione comunale per segnalazioni;		
5. Maggior aggravio di lavoro per convalida punteggi GPS e procedure convocazioni supplenti e organi collegiali;		
6. Attività aggiuntiva per sostituzione collega assente nell'ambito del proprio orario di lavoro (intensificazione) (max. 5h);		
7. Attività aggiuntiva oltre il proprio orario di lavoro (straordinario);		

Relazione sulle attività svolte: _____

INCARICO SPECIFICO (specificare l'incarico)	Importo previsto	Servizio prestato (SI o NO)
1. Coordinamento area personale - supporto al DSGA - Gestione informatizzata dei contratti, graduatorie, stato giuridico;		
2. Coordinamento registro elettronico, scrutini, esami e attività Invalsi		

Relazione attività svolta: _____

<p>INTENSIFICAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> le ore non sono state prestate</p> <p><input type="checkbox"/> le ore totali prestate per le quali si richiede il pagamento (v. prospetto allegato) sono _____</p>

<p>STRAORDINARIO</p> <p><input type="checkbox"/> è stato totalmente richiesto a recupero nel corrente anno scolastico</p> <p><input type="checkbox"/> compatibilmente con le esigenze di servizio, si richiede il pagamento di n. ore _____</p> <p><i>(verificare con il DSGA le ore effettivamente prestate, autorizzate e non fruite a recupero)</i></p>

Firma

Luogo e data, _____

Al Dirigente Scolastico
Al DSGA
dell'I.C. OLGA ROVERE
Rignano Flaminio

Oggetto: richiesta liquidazione compensi M.O.F. a.s. 2023/2024

ATA – COLLABORATORE SCOLASTICO

La/il sottoscritta/o _____ in servizio presso la sede/plesso:

in qualità di Collaboratore Scolastico

a [] tempo indeterminato [] tempo determinato con nomina dal _____ al _____

Vista la nomina conferita,

DICHIARA

di aver effettivamente espletato nell'a.s. 2023/2024 i seguenti incarichi/attività previsti dal Contratto Integrativo di Istituto:

ATTIVITÀ (specificare attività)	Servizio prestato (SI o NO)	NOTE
1. Maggior aggravio per igienizzazione locali scolastici dei 3 plessi;		
2. Coordinamento plesso infanzia/primaria/secondaria;		
3. Supporto al PTOF e collaborazione con il personale docente;		
4. Piccola Manutenzione;		
5. Attività aggiuntiva per sostituzione collega assente nell'ambito del proprio orario di lavoro (intensificazione);		
6. Attività aggiuntiva oltre il proprio orario di lavoro (straordinario)		

Relazione sulle attività svolte: _____

INCARICO SPECIFICO (specificare l'incarico)	Importo previsto	Servizio prestato (SI o NO)
Assolvimento dei compiti legati alla persona, all'handicap ed al primo soccorso		

Relazione attività svolta _____

INTENSIFICAZIONE

[] le ore non sono state prestate

[] le ore totali prestate per le quali si richiede il pagamento (v. prospetto allegato) sono _____

STRAORDINARIO

[] è stato totalmente richiesto a recupero nel corrente anno scolastico

[] compatibilmente con le esigenze di servizio, si richiede il pagamento di n. ore _____

(verificare con il DSGA le ore effettivamente prestate e autorizzate e non fruite come riposo compensativo)

Firma

Luogo e data, _____
