|  |
| --- |
| Denominazione Istituzione Scolastica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Al M.I.U.R. – Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata

Ufficio III° - Ambito Territoriale di Potenza

Piazza delle Regioni, 1

85100 POTENZA (PZ)

**Dichiarazione dei Compensi accessori, ore eccedenti, part-time e assenze.**

Dipendente …………………………………………………………………..

Codice Fiscale …………………………………………………………………..

In servizio in qualità di …………………………………………………………………..

Relativamente al dipendente di cui sopra si dichiara quanto segue:

|  |
| --- |
| **COMPENSI ACCESSORI**  assoggetti alle ritenute previdenziali e assistenziali,  percepiti negli anni solari di seguito indicati |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Per coloro che hanno un anzianità inferiore a 18 anni al 31/12/1995 indicare gli importi dall’anno solare 1996 al 2017 | Anno solare | Importo Complessivo | Per coloro che hanno una anzianità pari o superiore a 18 anni al 31/12/1995 indicare gli importi dall’anno solare 2007 al 2017 | Anno solare | Importo Complessivo |
| 1996 | lire | 2007 | € |
| 1997 | Lire | 2008 | € |
| 1998 | Lire | 2009 | € |
| 1999 | Lire | 2010 | € |
| 2000 | Lire | 2011 | € |
| 2001 | Lire | 2012 | € |
| 2002 | € | 2013 | € |
| 2003 | € | 2014 | € |
| 2004 | € | 2015 | € |
| 2005 | € | 2016 | € |
| 2006 | € | 2017 | € |

|  |
| --- |
| **ORE ECCEDENTI**  Svolte oltre l’orario settimanale obbligatorio, dal docente sopra indicato negli AA.SS. come sotto riportati |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anno scolastico | Dal (gg/mm/aaaa) | Al (gg/mm/aaaa) | Ore eccedenti | Classe concorso | Si allega copia del provvedimento di conferimento delle ore eccedenti.  (art.6 DPR 209/87) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**PART-TIME:**  si allegano n. …… copie conformi agli originali dei contratti con prestazioni dell’orario di servizio inferiore a cattedra.

|  |
| --- |
| **ASSENZE**  Con interruzione parziale o totale dal servizio, come sotto specificato |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anno scolastico | Dal (gg/mm/aaaa) | Al (gg/mm/aaaa) | Tipo assenza | %  di riduzione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Luogo e data …………………… ………………………………………**

**( firma del Dirigente Scolastico )**