|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | ISTITUTO  Via Tel.  posta certificata: e-mail:  codice meccanografico: CF:  CU:  sito web: |  |
| ATTIVAZIONE E/O POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA SCOLASTICA PR CAMPANIA FSE + 2021/2027  PRIORITÀ 3 INCLUSIONE SOCIALE OBIETTIVO SPECIFICO ESO 4.11 - AZIONE 3.K.7  Legge Regionale N. 17/2023  CUP: F29G23001010009 SURF: 23085AP000000001 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario attività Sede Operativa: Indirizzo: | Il Legale Rappresentante  LA DIRIGENTE SCOLASTICA |

**TIMESHEET**

ATTIVITÀ PSICOLOGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durata del Progetto** | **dal** | **al** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | | | **Cognome** | | |  | |
| **Tipologia**  **contratto** | *(indicare i riferimenti agli eventuali diversi contratti afferenti il progetto per ogni*  *tipologia di attività)* | | | **Tot ore/giornate lavorative previste**  **dal contratto o compenso mensile** | | | *Ore/gg/ mensilità (solo per personale esterno)* | |
| **Durata del**  **contratto** | dal --/--/--  al --/--/-- | dal --/--/--  al --/--/-- | dal --/--/--  al --/--/-- | | dal --/--/--  al --/--/-- | dal --/--/--  al --/--/-- | | dal --/--/--  al --/--/-- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Attività** | supporto a individui |  |  | | | | |
| formazione destinata ai docenti |  |  | | | | |
| consulenza psicologica  dedicata alle famiglie |  |  | | | | |
| **Fase operativa progettuale** | Avvio/start up |  | Intera durata del progetto |  | Chiusura del progetto |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Orario** | | **Ore lavorative** | **Descrizione dell’ attività svolta** | **Specificare la tipologia di attività** | **Output** |
| (GG/MM/AA) | Dalle | Alle |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Orario** | | **Ore lavorative** | **Descrizione dell’ attività svolta** | **Specificare la tipologia di attività** | **Output** |
| (GG/MM/AA) | Dalle | Alle |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Totale ore effettive di attività**  **svolte** | | |  |  | | |

FIRMA FIRMA DEL RESPONSABILE ----------------------------------------------------------------