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

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario attività Sede Operativa: Indirizzo: | Il Legale RappresentanteLA 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 psicologicadedicata 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 ----------------------------------------------------------------