



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. ZANELLA"**  
Via A. Moro, 53 - 36066 SANDRIGO (Vicenza)  
tel. 0444/659089 – COD. FISCALE 80017050248  
E-mail: viic85900e@istruzione.it – Sito: www.iczanellasandrigo.edu.it



Alla Collaboratrice Scolastica  
**MANFREDI MARIA**  
- Scuola Primaria "Trissino" SANDRIGO

### **LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

VISTO L'art. 54 del CCNL del 18/01/2024;

VISTO il CCNL del 19/04/2018;

VISTA la "Proposta piano di attività del personale A.T.A. per l'anno scol. 2024/25 redatto dal D.S.G.A. e approvato dal Dirigente Scolastico il 30/09/2024 con prot. N. 4195;

Vista l'Ipotesi di contratto di Istituto per l'a.s. 2024/2025 firmato in data 18 febbraio 2025;

RITENUTO che la Sig.ra **MANFREDI MARIA**, in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di Collaboratore Scolastico con incarico a tempo determinato, è in possesso dei requisiti stabiliti nella contrattazione d'istituto per essere destinataria degli incarichi sotto elencati;

SENTITO il parere favorevole al conferimento dell'incarico espresso dal Direttore S.G.A.;

### **DECRETA**

che alla Sig.ra **MANFREDI MARIA** in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di **Collaboratore scolastico** è conferito l'incarico relativo a:

- Disponibilità sostituzione colleghi assenti bis
- Progetti PTOF
- Manutenzione controllo/sussidi/magazzino
- Sorveglianza cancello esterno
- Organizzazione/Supporto open day/apertura locali fuori orario
- Supporto PNRR
- Supporto mensa

L'incarico dovrà essere svolto durante tutto l'anno scolastico 2024/2025.

In caso di assenza, tale compenso spetta al Collaboratore Scolastico supplente breve (da rapportare al periodo di servizio).

La tipologia del compenso e il relativo ammontare è definita in base ai criteri fissati dalla contrattazione integrativa d'Istituto, ed è stabilita nella misura forfettaria pari ad € 522,50, da rapportare al periodo di servizio.

Il compenso sarà liquidato mediante cedolino unico. Sui compensi saranno effettuate le ritenute di legge.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Dott.ssa Adele Tropiano

(firma dell'interessata per accettazione)