



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
MINCATO ALESSANDRA - Scuola Infanzia
"Negrin" 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 **MINCATO ALESSANDRA**, in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di Collaboratore Scolastico con incarico a tempo indeterminato, 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 **MINCATO ALESSANDRA** in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di **Collaboratore scolastico** è conferito l'incarico relativo a:

- Disponibilità sostituzione colleghi assenti
- Progetti PTOF
- Supporto controllo ingressi
- Supporto mensa
- Sistemazione straordinaria locali
- Organizzazione/Supporto open day/apertura locali fuori orario
- Responsabile sussidi e magazzini
- Supporto PNRR

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 € 536,25, 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)

Firmato digitalmente da ADELE TROPIANO