



ADDETTI ATTIVITÀ SI  NO  € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

PULIZIA E CUSTODIA SI  NO  € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

DEPOSITO CAUZIONALE SI  NO  € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

ASSICURAZIONE € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)

ALTRE SPESE PER ATTIVITÀ SI  NO  € \_\_\_\_\_ (in caso affermativo)  
(specificare tipologia)

DATA

FIRMA \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE DELL'I.C. SULL'ATTIVITA' SVOLTA

DATA

.....FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato 1.

**RELAZIONE SULL' INIZIATIVA/ATTIVITA' (MAX. UNA CARTELLA)**