



ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE
"GINO ZAPPA"

Via Achille Grandi, 4 - 21047 Saronno (VA)

Telefono: 02 960 31 66 - Fax: 02 967 014 31

Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - Cod.Fisc.: 94000170129 - Cod.Mecc.: VATD08000G

E-mail: vatd08000g@istruzione.it - Sito web: www.itczappa.edu.it



Sistema Qualità
UNI EN ISO 9001
ED 2015

SCHEDA CONTABILE

ANNO SCOLASTICO

___ / ___

Titolo Progetto _____

N° Progetto (a cura della segreteria) _____ del _____ Responsabile Prof. _____

FONTI DI FINANZIAMENTO	IMPORTI PRESUNTI (a cura della Segr. Amm.)	IMPORTI STANZIATI (a cura della Segr. Amm.)
☐ Finanziamenti MIUR	€ _____	€ _____
☐ Finanziamento da altri enti	€ _____	€ _____

COSTI PER IL PERSONALE		N. Ore di Potenziam ento *(1)	N. ORE INSEGNAMENT O		N. ORE FUNZIONALI		IMPORTI (a cura della Segr. Amm)	
Voci	Cognome e nome		Prevent ivate	Effettu ate	Preventi vate	Effettua te	Preventivat e	Effettuate
B1) REFERENTE							€	€
B2) DOCENTI interni di supporto							€	€
							€	€
							€	€
B3) DOCENTI esterni e/o ESPERTI inserire solo il numero richiesto							€	€
							€	€
							€	€
							€	€
			N. ore Preventivate		N. ore Effettuate			
B4) PERSONALE ATA							€	€
			Totale importo ore preventivato				€	
			Totale importo ore effettuate					€

Nota (1) - Inserire il numero di ore di potenziamento a settimana per il numero di settimane (es.: 2 ore a sett * 30 settimane= 60 ore)

ore a settimana _____ x n° settimane _____ = _____

				IMPORTI (a cura della Segr. Amm)	
COSTI VARI			Preventivate	Effettuate	
SERVIZI	☐ Brochure	☐ fotocopie	☐ altro _____	€	€
	☐ Carta A4	☐ Carta A3	☐ altro _____	€	€
	☐ Pullman	☐ treno	☐ altro _____	€	€
	☐ Visita con guida		☐ Visita senza guida	€	€
	☐ altro _____		€	€	
			Totale importo servizi preventivato	€	
			Totale importo servizi effettuati		€

VOCI	TOTALE IMPORTI PREVENTIVATI	TOTALI IMPORTI
COSTI DEL PERSONALE	€	€
SERVIZI	€	€
TOTALI	€	€

Revisione n°ore vagliate dal Dirigente Scolastico per un tot di: _____

Data ____/____/____

Firma Responsabile Progetto _____

Firma DSGA verifica compatibilità economica _____

Firma Segreteria Contabile _____

Visto : ☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Angelica de Angelis)