

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON CAMAGNI"

Sede: Via Kennedy, 15 - 20861 BRUGHERIO (MB) - TEL. 039/879623 - FAX 039/2872139 - C.F. 85018350158
C.M. MIIC8AJ00C - e-mail: miic8aj00c@pec.istruzione.it - miic8aj00c@istruzione.it - sito: www.icdoncamagni.gov.it

CONTRIBUTO ALLA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO DELL'ISTITUTO A.S. 2018/19

| Area - Legge 107/2015 | Tipologia |
|-----------------------|----------------------------|
| a | CLIL |
| a | TIC |
| a | Inclusione |
| a | Att.espressive |
| a | Altro _____ |
| b | Curricolo verticale |
| b | Formazione PNSD |
| b | Formazione altri temi |
| b | Preparazione gare |
| b | Altro _____ |
| c | Staff |
| c | Sicurezza |
| c | Docenza formazione e tutor |
| c | Altro _____ |

Il/la sottoscritto/a, NOME COGNOME, docente di Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria, in coerenza con il PDM dell'IC intende svolgere la seguente attività/progetto, come sotto sinteticamente descritto:

| Area della legge 107 (indicare con una X) | A – B – C |
|---|---|
| Titolo del progetto/attività | |
| Modalità di attuazione | Individuale Team |
| Destinatari | Classi – attività didattica Docenti – formazione Istituto – documentazione |
| Altri docenti coinvolti nella realizzazione dell'attività (se è previsto un team docenti) | |
| Attività previste | |
| Tempi | Inizio attività Fine attività Numero ore previste (settimanali/mensili/annuali) |
| Risultati attesi | |
| Modalità di monitoraggio/rendicontazione | |
| Relazione finale | Da consegnare a conclusione del progetto |

Firma del docente/coordinatore del team _____

Approvato dalla Direzione il __/__/____