XXXxxxxx XXXXXXXX

Via xxxxxxxxxx n.

cap Xxxxxxxxxxxxxxx (XX)

tel. / cell.

mail

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto **I.C E.S VERJUS**

**Progetto -**

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE PROGETTO |  |
| ESPERTO |  |
| DESTINATARI | Scuola ………………………………………. classe …………….. |
| OBIETTIVI |  |
| METODOLOGIE |  |
| STRUMENTI e MATERIALI occorrenti |  |
| SPAZI |  |
| DURATA | 10 ore |
| Le lezioni si svolgeranno secondo la seguente modalità (es. 2 ore x 5 gg, 5 ore x 2 gg, 1 ora per 10 gg, …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO |  |
|  | |
| Calendario e programma delle lezioni | |
| Giorno e data | argomento / attività |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Il calendario è stato redatto tenendo in considerazione il calendario scolastico, le attività previste nel piano annuale delle attività, l’orario delle lezioni della classe ed il proprio orario di servizio.

Il sottoscritto è disponibile ad eventuali modifiche in base alla calendarizzazione di prolungamenti didattici, visite di istruzione ed eventuali altre attività non ancora calendarizzate, nonché in base ad esigenze organizzative della scuola (es. utilizzo Laboratori, disponibilità strumenti e materiali, ecc.).

Luogo e data Firma del docente che presenta la candidatura