|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **M.I.U.R.**  Istituto Comprensivo Statale Completo “G. Galilei”  Via Trento e Trieste - 21049 Tradate  tel. 0331/842151 – 860455 - fax:0331/844705  C.F.:80014780128 – sito web: icgalileitradate.gov.it  vaic814007@istruzione.it - [vaic814007@pec.istruzione.it](mailto:vaic814007@pec.istruzione.it)  Sezione ospedaliera -Presidio Ospedaliero di Tradate |  |

SCHEDA PROGETTO **A.S. \_\_\_\_\_\_\_**

**SCUOLE COINVOLTE Tutto Istituto**

**Munari**

**Rodari**

**Battisti**

**Dante**

**Rosmini**

**Sec. I Grado**

|  |
| --- |
| SEZIONE 1 - PROGETTAZIONE DIDATTICA |
| **1.1 Denominazione progetto** |
|  |
| **1.2 Responsabile progetto sede di** |
|  |
| **1.3 Enti esterni coinvolti** |
|  |
| **1.4 Destinatari:** |
| ordine di scuola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  classi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  n° totale studenti interessati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **1.5 Durata** |
| dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **1.6 Descrizione delle attività** |
|  |
| **1.7 Obiettivi del progetto** |
| 1.  2.  3.  4.  5.  …….. |
| **1.8 Prodotti che si prevede di realizzare** |
| Manufatti  Eventi  Materiale informatico  Altro ……………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEZIONE 2 - GESTIONE & CONTABILITÀ** | |
| **2.1 - Risorse umane** | |
| **Responsabili** del progetto calendarizzazione  programmazione attività/ predisposizione  materiale occorrente  contatto con enti esterni  coordinazione con docenti interni  coordinazione con esperti esterni  *nel caso di più responsabili specificare il n° totale di ore a persona* | n° totale ore stimato ……... |
| **Operatore** del progetto  docente interno …………………………………………………  esperto esterno …………………………………………………  *in caso di esperto esterno verrà successivamente allegata la documentazione del progetto* | n° ore tot ……  n° ore tot ….. |

|  |
| --- |
| **2.2 – Materiali-strumentazioni-spazi necessari** |
|  |
| **2.3 - Spese da effettuare** |
| Attrezzatura  Materiale di facile consumo  Affitto teatro  Altro…………………………………………………… |

DATA ……………………………….. Firma del Responsabile