|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **M.I.U.R.**Istituto Comprensivo Statale Completo “G. Galilei” Via Trento e Trieste - 21049 Tradatetel. 0331/842151 – 860455 - fax:0331/844705C.F.:80014780128 – sito web: icgalileitradate.gov.it vaic814007@istruzione.it - vaic814007@pec.istruzione.itSezione 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