

# Ministero dell’Istruzione

**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**

# Istituto Statale d’Istruzione Superiore “VIA DELL’IMMACOLATA 47”

Via dell’ Immacolata, 47 - 00053 Civitavecchia (RM)

Tel. 06121124295 - [www.iisguglielmotti.edu.it](http://www.iisguglielmotti.edu.it/)

email: rmis10100r@istruzione.it pec:rmis10100r@pec.istruzione.it

SINTESI PIANO OFFERTA FORMATIVA A.S. /

***SINTESI PROGETTO/ATTIVITA' – Sezione 1 – Descrittiva***

# Denominazione progetto:

* 1. **Responsabile progetto** *(massimo un nominativo)*
	2. **Obiettivi** *(Descrivere gli obiettivi misurabili che si intendono perseguire, i destinatari a cui si rivolge, le finalità e le metodologie utilizzate).*
	3. **Descrizione e Durata** *(Descrivere l’arco temporale nel quale il progetto si attua, illustrare le fasi operative individuando, in via presuntiva, le attività da svolgere in un anno finanziario (solare)* ***separatamente*** *da quelle da svolgere in un altro).*
* ATTIVITÀ previste nel periodo **settembre - dicembre**
* ATTIVITÀ previste nel periodo **gennaio - agosto**

Allegare eventuale calendario dettagliato:

* 1. **Risorse umane** *(Indicare i profili di riferimento dei docenti, dei non docenti e dei collaboratori esterni1 che si prevede di utilizzare. Indicare i nominativi delle persone che ricopriranno ruoli rilevanti.* ***Separare*** *le utilizzazioni per anno finanziario (solare)).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome docenti interni e/o personale A.T.A. coinvolti nel progetto** | **Anno solare** | **Qualifica (\*)** | **Natura incarico (\*\*)** | **Stima in ore** |
|  |  |  |  | **ORE****personale ATA** | **n° Ore Non Frontali****€ 17,50** | **n° Ore Frontali****€ 35,00** | **COSTO****totale** |
|  |  |  |  |  |  |  | . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ris. segret. | Oneri scuola |  |  |  |  |
|  |  | Ris. segret. | IRAP 8,50% |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTALE COSTO** |  |  |  |  |

**(\*) Docente, Ass.te amm.vo, Coll.re Scol.co, ecc. (\*\*) relatore, coordinatore, ecc.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome consulenti e/o esperti esterni, e/o Ente (1)** | **ore previste** | **Costo orario\* (Fare riferimento al****regolamento deliberato dal Consiglio Istituto)** | **Recapito telefonico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Civitavecchia

FIRMA

(1) Nel caso il progetto preveda prestazioni di esperti esterni, agli stessi va fatta compilare la scheda allega