



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE

“Michelangelo Buonarroti”

Via Velio Spano, 7 – 09036 Guspini (VS) Cod. fiscale 82002450920 – Cod. Min. CAIS009007

E-Mail: cais009007@istruzione.it - cais009007@pec.istruzione.it Web: <http://www.iisbuonarroti.gov.it/> - Tel. 0709783042 - Fax 0709783373

Sede Associata: Via Velio Spano 7 09036 Guspini (VS) – Cod. Min. CATD00901D

Sede Associata: Via Svezia 10 09038 Serramanna (VS) – Cod. Min. CATF 00901Q Tel 070 9139916 – Fax 070 9131170

Alla Dirigente Scolastica
I.I.S. M. Buonarroti GUSPINI

Oggetto: Disponibilità a ricoprire incarichi nei progetti Tutti a Isco@ Linea A1 e A2

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov.

(____) il ____/____/____ E-Mail _____, docente di _____

presso la Scuola secondaria di _____ (sede scolastica)

si rende disponibile a svolgere il ruolo di (sbarrare la voce che interessa)

- 1. REFERENTE PROGETTUALE PROGETTO TUTTI A ISCOL@ LINEA A1 (ITALIANO)
- 2. REFERENTE PROGETTUALE PROGETTO TUTTI A ISCOL@ LINEA A2 (MATEMATICA)
- 3. DOCENTI CON FUNZIONI DI AFFIANCAMENTO DEI DOCENTI ESTERNI LINEA A1 (ITALIANO)
- 4. DOCENTI CON FUNZIONI DI AFFIANCAMENTO DEI DOCENTI ESTERNI LINEA A1 (MATEMATICA)

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di aver preso visione della circolare interna n° 121 del 13.01.2020;
- di possedere le seguenti esperienze

TABELLA REFERENTI PROGETTI (PER CHI HA SCELTO LE OPZIONI 1 E 2)

TIPOLOGIA PROGETTO	INCARICHI RICOPERTI COME REFERENTE (Indicare brevemente a.s., Istituto di riferimento, n°ore e attività svolte)
PROGETTI TUTTI A ISCOL@	
PROGETTI ISTITUTO (PTOF)	
PROGETTI PON	
ALTRI PROGETTI	

TABELLA DOCENTI CON FUNZIONI DI ACCOMPAGNAMENTO (PER CHI HA SCELTO LE OPZIONI 3 E 4)

ESPERIENZA E FORMAZIONE VALUTABILI	INDICARE BREVEMENTE LA TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ/FORMAZIONE SVOLTA
Esperienze di didattica innovativa nella didattica (ad esempio utilizzo delle TIC/classi virtuali etc.)	
Formazione specifica sulla comunicazione efficace (gestione classe/didattica inclusiva)	
Formazione specifica sulle metodologie didattiche innovative	

Anzianità complessiva di servizio: AA _____ MM _____ GG _____

Data ____/____/____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, autorizza L'Ente Scolastico al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione.

Data ____/____/____ Firma _____