MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Anna MOLINARO"
Via Cassia Nuova, 1 - 01027 Montefiascone (VT)
☎/🖷 0761/826019 - ✉ vtic82800t@istruzione.it- **vtic82800t@pec.it-** c.f.: 80022690566

VERIFICA PROGETTO:

"_____"

RESPONSABILE DI PROGETTO: _____

DESTINATARI PROGETTO:

☐ Alunni N° _____

☐ Docenti N° _____

☐ Genitori N° _____

SOGGETTI COINVOLTI :

☐ Docenti Scuola N° _____

☐ Esperti Esterni N° _____

☐ Enti Locali _____

☐ Altre Istituzioni Scolastiche _____

☐ Enti / Associazioni _____

☐ Altro _____

GRADO DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'	Non attuata	Non regolare	regolare	conclusa	Non conclusa

OBIETTIVI / GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI ATTESI	Molto basso	Basso	Medio	Alto	Molto alto

Modalità di verifica delle ricadute del progetto: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Si allega calendarizzazione delle prestazioni. e relazione finale.

Data _____

_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Preso atto della presente verifica di progetto e del calendario di svolgimento

Ritenuti rilevanti e pertinenti gli obiettivi del progetto rispetto ai bisogni della collettività ☐ Sì ☐ No

Ritenuti gli stessi obiettivi determinanti per il miglioramento della qualità dei servizi ☐ Sì ☐ No

Considerata la soddisfazione finale dei destinatari delle attività ☐ Sì ☐ No

Considerato l'effettivo grado di attuazione del progetto ☐ Sì ☐ No

Considerata la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati ☐ Sì ☐ No

VALUTA

In maniera _____ lo svolgimento del progetto e ne dispone _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

(Dott.ssa Maria Rita SALVI)

ANNO SCOLASTICO 201__ / 201__

OGGETTO: Relazione finale attività aggiuntive da retribuire con il Fondo dell'Istituzione Scolastica.

__l__ sottoscritt_____

docente di scuola _____, dichiara sotto la propria responsabilità di

aver effettuato le attività aggiuntive inerenti il progetto _____

_____

per un totale di n° _____ ore come si desume da allegato calendario.

__l__ sottoscritt__ dichiara, inoltre, di aver utilizzato le ore sopra indicate per le seguenti attività:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Montefiascone, _____

_____

A. S. 201__/201__

OGGETTO: Calendario delle attività aggiuntive da retribuire con il Fondo dell'Istituzione Scolastica..

__l__ sottoscritt_____

docente di scuola _____, dichiara sotto la propria responsabilità di

aver effettuato le attività aggiuntive inerenti il progetto _____

_____

secondo il seguente calendario:

DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	PER N° ORE
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
……..	……..	……..	……..
		TOTALE ORE	……..

Data,_____

_____