***Logo scuola (o denominazione)***

**PROSPETTO C - RILEVAZIONE BEST PRACTICE ASL - TERZE CLASSI a.s. 2015/16**

*(da trasmettere all’indirizzo* [*iniziativeusrbasilicata@gmail.com*](mailto:iniziativeusrbasilicata@gmail.com) *entro il 06 luglio 2016)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice meccanografico** |  | | | **Tipo scuola e settore/indirizzo** | | | *(indicare se Liceo, Istituto tecnico e indirizzo; istituto professionale e indirizzo)* | | |
| **Denominazione struttura ospitante** *(indicare)* | | | | | | | | | |
| **Titolo del progetto** *(indicare)* | | | | | | | | | |
| **Monte ore svolto in ASL a.s. 2015/16**  *(indicare)* | | | | | | **Durata in mesi** *- (indicare)*  **Data di inizio -** *gg/mm/aa (indicare)*  **Data di conclusione** *- gg/mm/aa (indicare)* | | | |
| **Ore svolte a scuola**  *(indicare)* | | **Ore svolte presso struttura ospitante**  *(indicare)* | | | |
| **Numero tutor scolastici**  *(indicare)* | | **Numero tutor formativi esterni**  *(indicare)* | | | | **Numero Classi terze coinvolte** | | | *(indicare)* |
|  | | | | | | | | | |
| Percorso per gruppi di scopo | | |  | | Numero studenti coinvolti | | | *(indicare)* | |
| Percorso personalizzato per studenti con difficoltà | | |  | | Numero studenti coinvolti | | | *(indicare)* | |
| Percorso personalizzato per studenti eccellenti | | |  | | Numero studenti coinvolti | | | *(indicare)* | |
| *Se l’istituzione è scuola secondaria di II grado, crocettare in corrispondenza di* ***una sola esperienza***  *Se l’istituzione è un IIS, crocettare fino ad un massimo* ***di due esperienze*** | | | | | | | | | |
| **Ideazione del progetto** (max 1000 caratteri)   * *Definizione dell’idea progettuale* * *Finalità e obiettivi del progetto* * *Individuazione delle macroattività e dei tempi* * *Altro……..* | | | | | | | | | |
| **Descrizione delle attività e dei risultati/prodotti** (max 1000 caratteri)   1. Attività svolte a scuola 2. Attività svolte in contesto lavorativo 3. Risultati/prodotti | | | | | | | | | |
| **Competenze maturate dagli studenti** (max 1000 caratteri)  Competenze chiave  Competenze tecnico-professionali  Competenze integrate (ambiente di lavoro – profilo scolastico)  Competenze trasversali (soft skills) | | | | | | | | | |
| **Commenti/opinioni/osservazioni/valutazioni degli studenti** (max 1000 caratteri) – *(lettera e allegato A; riportare un numero non inferiore a 3)* | | | | | | | | | |
| **Commenti/opinioni/osservazioni/ valutazioni dei tutor scolastici** (max 1000 caratteri) – *(lettera f* *allegato A; riportare un numero non inferiore a 2)* | | | | | | | | | |
| **Commenti/opinioni/osservazioni/valutazioni dei tutor formativi e/o della struttura ospitante** (max 1000 caratteri) – *(v. lettera g allegato A; riportare un numero non inferiore a 2)* | | | | | | | | | |
| **Foto, video, rassegna stampa del progetto ASL –** *(lettera h allegato A)* | | | | | | | | | |
| **Progetto formativo** *(lettera i - allegare)* | | | | | | | | | |

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

(timbro e firma)