ALLEGATO_A

DENOMINAZIONE ISTITUZIONE SCOLASTICA

_____

INDICARE IL NUMERO DI DOCENTI IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO: _____ **(nel caso di Istituti Comprensivi specificare il numero di docenti per ordine di scuola – n.____ Infanzia – n. ____primaria – n. ____secondaria I grado)**	N° ALUNNI DISABILI: _____

FORMAZIONE DEI REFERENTI/COORDINATORI SUI TEMI DELLA DISABILITÀ E DELL'INCLUSIONE A. S. 2018/2019

	COGNOME	NOME	RECAPITO TELEFONICO	CODICE FISCALE	INDIRIZZO MAIL	ORDINE SCUOLA (Infanzia, primaria, sec. I grado, sec. II grado)	TARGET (Spuntare la voce interessata)*		
							Referente/Coordinatore	Docente non specializzato assegnato su posto di sostegno	Docente su posto comune non specializzato, assegnato alle classi in cui sono presenti alunni disabili.
1									
2									

FORMAZIONE LINGUA INGLESE A. S. 2018/2019

CORSO DI LINGUA INGLESE – CERTIFICAZIONE LIVELLO B2

SI RAMMENTA CHE IL DOCENTE INDIVIDUATO, PER POTER PARTECIPARE AL CORSO DI FORMAZIONE, DEVE ESSERE GIÀ IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI LIVELLO B1

	COGNOME	NOME	RECAPITO TELEFONICO	CODICE FISCALE	INDIRIZZO MAIL	ORDINE SCUOLA (Infanzia, primaria, sec. I grado, sec. II grado)
1						

METODOLOGIA CLIL (La compilazione è riservata solo alle Istituzioni Scolastiche secondarie di II Grado)

SI RAMMENTA CHE I DOCENTI INDIVIDUATI, PER POTER PARTECIPARE AL CORSO DI FORMAZIONE, DEVONO ESSERE GIÀ IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI LIVELLO PARI O SUPERIORE AL B1

	COGNOME	NOME	RECAPITO TELEFONICO	CODICE FISCALE	INDIRIZZO MAIL
1					
2					