

***Istituto di Istruzione Secondaria Superiore***

 ***"Archimede"***

*Via Sipione, 147 - 96019 Rosolini (SR)*

*Tel.0931/502286 – Fax: 0931/850007*

*e-mail:* *sris017003@istruzione.it* *-* *sris017003@pec.istruzione.it*

*C.F. 83001030895 - Cod. Mecc. SRIS017003*

*Codice Univoco Ufficio: UF5C1Y*

[***www.istitutosuperiorearchimede.edu.it***](http://www.istitutosuperiorearchimede.edu.it)

**PIANO LAVORO FUNZIONE STRUMENTALE A.S. 20\_\_/20\_\_**

**Inoltrare alla mail istituzionale della scuola** **sris017003@istruzione.it**

|  |  |
| --- | --- |
| Riservato All’Ufficio (protocollo) | ***Al Dirigente dell'I.I.S.S.******"Archimede"***  ***Rosolini (SR)*** |

Il/La sottoscritto/a ……………......................................................... nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il………………………… docente di ....................…………………………

a seguito della nomina per ricoprire l’incarico di Funzione Strumentale (indicare la definizione)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma docente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propone il piano di lavoro annuale seguente**

**(Lo spazio delle caselle del format ha valore indicativo)**

* **Descrizione dell’attività progettuale da realizzare**:

|  |
| --- |
|  |

Firma docente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obiettivi e Finalità**

|  |
| --- |
|  |

**Metodi e Mezzi (**brochure**,** conferenze, visite guidate, open day, manifestazioni, eventi, corsi di recupero, altro)

|  |
| --- |
|  |

**Attività e Prodotti (**Stesura Circolari,Calendario incontri, PPT, Video, Altro)

|  |
| --- |
|  |

**Periodo ed ore da dedicare**

(Progettazione: Incontri di commissione - Incontri con DS - Incontri con esterni – Supporto alla F.S.)

|  |
| --- |
|  |

**Contatti con i referenti delle altre Funzioni Strumentali**

|  |
| --- |
|  |

Firma docente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Attività formative (**Partecipazione a corsi o seminari specifici di formazione)

|  |
| --- |
|  |

**Interazione del progetto** (consigli di classe, docenti, altre scuole, genitori, famiglie, studenti, strutture del territorio, stipula di reti o protocolli di intesa)

|  |
| --- |
|  |

**Verifica periodica e adeguamento del programma di lavoro** (eventuale)

|  |
| --- |
|  |

**DOCENTI DÌ CUI SI RICHIEDE IL SUPPORTO PER LO SVOLGIMENTO DELL’INCARICO**

(indicare il nominativo di almeno un docente per ogni indirizzo di studio dell’Archimede)

|  |
| --- |
|  |

Rosolini, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma docente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_