XXXxxxxx XXXXXXXX

Via xxxxxxxxxx n.

cap Xxxxxxxxxxxxxxx (XX)

tel. / cell.

mail

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto **I.C E.S VERJUS**

**Progetto -**

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE PROGETTO |  |
| ESPERTO |  |
| DESTINATARI | Scuola SECONDARIA DI I GRADO Classe/i …………….. |
| OBIETTIVI |  |
| METODOLOGIE |  |
| STRUMENTI e MATERIALI occorrenti |  |
| SPAZI |  |
| DURATA | 20 ore |
| Le lezioni si svolgeranno secondo la seguente modalità …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO |  |
|  | |
| Calendario e programma delle lezioni | |
| Giorno e data | argomento / attività |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Luogo e data Firma del docente che presenta la candidatura