****

Ministero dell’Istruzione

ISTITUTO D’ISTRUZIONE SUPERIORE

**LUIGI GALVANI**

Via F. Gatti, 14 - 20162 Milano

email miis05400x@istruzione.it pec **MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT**

Tel. 02 6435651/2/3 Cf 02579690153

**PROGETTO PCTO**

1. **TITOLO DEL PROGETTO**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

 RIF. CONVENZIONE: PROT. N. DEL ………………………………….

1. **DATI DELL’ISTITUTO CHE PRESENTA IL PROGETTO**

**Istituto di Istruzione Superiore L. Galvani**

con sede in via F. Gatti 14, 20162, Milano

codice fiscale 02579690153 – codice meccanografico MIIS05400X

d’ora in poi denominato “**istituzione scolastica**”,

rappresentato dal Dott. ssa **Emanuela Maria Germanò**

1. **ISTITUTI SCOLASTICI ADERENTI ALLA EVENTUALE RETE**

//

**4. IMPRESE / ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA, PARTNER PUBBLICI, PRIVATI E TERZO SETTORE**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione completa |  Indirizzo completo |
|  |  |

**5. ALTRI PARTNER ESTERNI**

//

**6. ABSTRACT DEL PROGETTO (CONTESTO DI PARTENZA, OBIETTIVI E FINALITA’ IN COERENZA CON I BISOGNI FORMATIVI DEL TERRITORIO, DESTINATARI, ATTIVITA’, RISULTATI E IMPATTO)**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**7. STRUTTURA ORGANIZZATIVA, ORGANI E RISORSE UMANE COINVOLTI, IN PARTICOLARE DESCRIVERE IN DETTAGLIO**

1. STUDENTE/I/SSA/E:

1. COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI COORDINAMENTO PCTO:

Docenti: Emiliano Artale, Grazia Maria Scattarreggia, Manuela Gorla, Sophie Maresca, Fabio Malizia.

Dirigente Scolastico: Emanuela Maria Germanò.

1. COMPITI, INIZIATIVE/ATTIVITÀ CHE SVOLGERANNO I CONSIGLI DI CLASSE INTERESSATI:
2. COMPITI, INIZIATIVE, ATTIVITÀ CHE I TUTOR INTERNI ED ESTERNI SVOLGERANNO IN RELAZIONE AL PROGETTO:
3. TUTOR DIDATTICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. TUTOR AZIENDALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. luogo e data di nascita : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. RUOLO DELLE STRUTTURE OSPITANTI NELLA FASE DI PROGETTAZIONE E DI REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ PREVISTE DALLE CONVENZIONI** (*Individuazione del fabbisogno della struttura ospitante e co-progettazione del percorso di stage indicato)*

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**9. RISULTATI ATTESI DALL’ESPERIENZA DI PCTO IN COERENZA CON I BISOGNI DEL CONTESTO**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**10. AZIONI, FASI E ARTICOLAZIONI DELL’INTERVENTO PROGETTUALE**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**11. DEFINIZIONE DEI TEMPI E DEI LUOGHI**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**12. INIZIATIVE DI ORIENTAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Attività previste** | **Modalità di svolgimento** |
|  |  |

**13. PERSONALIZZAZIONE DEI PERCORSI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Attività previste** | **Modalità di svolgimento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**14. ATTIVITÀ LABORATORIALI**

……………………………………………………………………………………………………………………….………

**15. UTILIZZO DELLE NUOVE TECNOLOGIE, STRUMENTAZIONI INFORMATICHE, NETWORKING**

……………………………………………………………………………………………………..……….………………

**16. MONITORAGGIO DEL PERCORSO FORMATIVO E DEL PROGETTO**

…………………………………………………………………………………………………………………..…………

**17.VALUTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO E DEL PROGETTO**

È prevista la compilazione di apposita scheda di valutazione del percorso di PCTO.

**18. MODALITÀ CONGIUNTE DI ACCERTAMENTO DELLE COMPETENZE (Scuola- Struttura ospitante) (TUTOR struttura ospitante, TUTOR scolastico, STUDENTE, DOCENTI DISCIPLINE COINVOLTE, CONSIGLIO DI CLASSE)** …………………………………………………………………………………………………………………………..……

……………………………………………………………………………………………………………………..…………

**19. COMPETENZE DA ACQUISIRE, NEL PERCORSO PROGETTUALE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALL’EQF**

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**20. MODALITÀ DI CERTIFICAZIONE/ATTESTAZIONE DELLE COMPETENZE (FORMALI, INFORMALI E NON FORMALI)**

 Compilazione scheda di valutazione del percorso di PCTO

**21. DIFFUSIONE/ COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE DEI RISULTATI**

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

**FIRME**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IL SOGGETTO PROMOTORE | ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “L. GALVANI” MILANO | Il legale rappresentanteDott. EMANUELA MARIA GERMANO’Dirigente Scolastico |
| IL SOGGETTO OSPITANTE | *Inserire denominazione completa* | Il legale rappresentante |
| IL TIROCINANTE\* |  |  |

* **In caso di studente/ssa minorenne**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione del contenuto del presente documento e di autorizzare lo studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a partecipare alle attività previste dal progetto.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che non sussistono pareri contrari da parte di altra persona che esercita la legittima responsabilità genitoriale nei confronti dello/a studente/ssa sopra indicato/a.

Firma ......................................

Luogo e data ………………………. ………………………….