



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE FOSCOLO - BAGNARA CALABRA

Scuola Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di I Grado

CF: 92034120805

CM: RCIC84300P

CU: UFOSMA

Corso Vittorio Emanuele II - 89011 Bagnara Calabria (RC)

Tel. 0966/371202

e-mail: rcic84300p@istruzione.it

PEC: rcic84300p@pec.istruzione.it

Sito Web:

www.icbagnara.gov.it

Scheda di monitoraggio e valutazione in itinere

Progetto PTOF: _____

Per valutare il percorso svolto e operare gli opportuni aggiustamenti, si è predisposto il seguente questionario di monitoraggio e valutazione da compilare e consegnare alle prof.sse Salvati Elena e Giofrè Vincenza

PROGETTO: _____

RESPONSABILE DEL PROGETTO: _____

1) TIPOLOGIA DEL PROGETTO

- Curricolare
- Extracurricolare

Data di inizio _____

Data di fine prevista _____

2) STATO DEL PROGETTO

- Iniziato
- Non iniziato

(Se non iniziato specificare i motivi:

_____)

3) STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

- Rispetto dei tempi di attuazione
- Ritardo nei tempi di attuazione (nel caso di ritardo, precisare i motivi:

_____)
4) DESTINATARI

I destinatari sono quelli previsti?

- Sì
- No

(Se no, precisare i motivi:

5) FREQUENZA AL PROGETTO _____)

N° alunni iscritti al progetto

N° alunni effettivamente frequentanti

La frequenza al corso risulta:

- A Ottima (91-100%)
- B Buona (71-90%)
- C Discontinua (51-70%)
- D Scarsa (sotto il 70%)

In caso di frequenza scarsa o discontinua, precisare come si intende intervenire per incrementare la frequenza o se si intende interrompere il progetto:

6) GRUPPO DI PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE PROGETTO/ATTIVITÀ

Docenti interni:

Nome e Cognome	Ore previsionali iniziali	Ore pro capite effettivamente svolte alla data del
1.		
2.		
3.		
4.		

Esperti esterni che operano all'interno del progetto (se coinvolti)

Nome e Cognome	Ore previsio nali iniziali	Ore pro capite effettivame nte svolte alla data del	Public o- Privato- Volontar io- specificare	Tipologia di collaborazi one specificare
-----------------------	---	--	--	--

1.				
2.				
3.				
4.				

Collaborazioni attivate o che si prevede di attivare

	Altre Istituzioni scolastiche Tipologia di azione/collaborazione_____
	Università Tipologia di azione/collaborazione_____
	Regione, Enti territoriali, Strutture pubbliche Tipologia di azione/collaborazione_____
	A.S.L. e Servizi sociali Tipologia di azione/collaborazione_____
	Organismi del privato sociale (ONG, volontariato, ecc.) Tipologia di azione/collaborazione_____
	Federazioni Sportive e/o Società sportive e/o Enti di promozione sportiva: Tipologia di azione/collaborazione_____
	Aziende (specificare tipologie): Tipologia di azione/collaborazione_____
	Altro (specificare): Tipologia di azione/collaborazione_____

7) COINVOLGIMENTO DEI GENITORI NELLA PREPARAZIONE E/O REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

Hanno fatto parte del gruppo di progetto partecipando alle decisioni

- Sì
- No

Hanno contribuito con idee, suggerimenti, proposte

- Sì
- No

Sono stati informati delle attività del progetto

- Sì
- No

Nessun coinvolgimento particolare

- Sì
- No

8) LE ATTIVITA' SONO REALIZZATE IN COERENZA CON QUANTO PREVISTO DAL PROGETTO?

- Sì
- No

(Se no, precisare i motivi:

_____)

9) VERIFICHE IN ITINERE

Sono state effettuate verifiche del conseguimento parziale dei risultati attesi dalla realizzazione del progetto:

- Sì
- No

(Se no, precisare i motivi:

_____)

(Se sì, precisare con quali strumenti:

_____)

10) ADEGUATEZZA DELLE RISORSE PROGRAMMATE

- Sì
- No

(Se no, precisare per quali motivi si richiedono risorse aggiuntive e in quale misura

_____)

11) VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Considerate le informazioni precedenti, è stato impostato un sistema di riprogettazione *in itinere* del percorso?

- Sì
- No

Se sì, descrivere gli aggiustamenti operati rispetto al progetto iniziale:

Bagnara Calabria,

IL DOCENTE REFERENTE
