***Progetto Nazionale***

 ***“Clil for seafarers”***

###  Scheda di adesione a.s.2022/2023

La presente scheda di adesione, debitamente compilata, dovrà essere inviata all’indirizzo e-mail tsis00200t@istruzione.it **entro il 28 GENNAIO 2023.**

Istituto (Denominazione) **……………………..**

Cod. meccanografico **……………..** Città **……………** Prov **……………….**

Io sottoscritto …………………………………………….. Dirigente Scolastico dell’Istituto …………………………………………….

Tel………………………………………………….. e-mail………………………………………………………………………………………………….

esprime la disponibilità a partecipare alle attività del Progetto CLIL for seafarers con l’impegno a realizzare le azioni previste.

**DOCENTE REFERENTE PROGETTO**

**Nome e cognome ………………….**

**Disciplina ………………….**

**Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….**

**Mail ……………………**

|  |
| --- |
| **COMPOSIZIONE DEI TEAM TEACHING CLIL** |
| **COMPOSIZIONE TTC**  | **NB: POSSONO ESSERE CANDIDATI ESCLUSIVAMENTE DOCENTI APPARTENENTI A CONSIGLI DI CLASSE DEL TRIENNIO CMN E/O CAIM****Docente di DNL 1:****Nome e cognome ………………….****Disciplina ………………….** **Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….****Certificazione linguistica posseduta ⃝ nessuna oppure indicare il livello …..****Mail ……………………****Docente di DNL 2:****Nome e cognome ………………….****Disciplina ………………….** **Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….****Certificazione linguistica posseduta ⃝ nessuna oppure indicare il livello …..****Mail ……………………****Docente di DNL 3:****Nome e cognome ………………….****Disciplina ………………….** **Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….****Certificazione linguistica posseduta ⃝ nessuna oppure indicare il livello …..****Mail ……………………****Docente di DNL 4:****Nome e cognome ………………….****Disciplina ………………….** **Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….****Certificazione linguistica posseduta ⃝ nessuna oppure indicare il livello …..****Mail ……………………****Docente di L2****Nome e cognome ………………….****Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….****Mail ……………………** |
|  |

**DOCENTE DISPONIBILE A PARTECIPARE ALLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA CLIL (60 CFU) (in convenzione con un ateneo per 1 docente DNL per ogni Istituto in possesso almeno di certificazione B2)**

**Nome e cognome ………………….**

**Disciplina ………………….**

**Titolare corso (CMN, CAIM, CAIE) ………………….**

**Mail ……………………**

**N.B. Il ruoli tra componente di TTC, referente progetto e eventuale corsista del percorso di formazione universitaria sono compatibili.**

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del DS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si autorizza l’utilizzo dei dati contenuti nel presente documento ai sensi del D.lgs. 196/2003.