***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](mailto: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.