

Per ottimizzare l'efficienza dei corsi, chiediamo alcune informazioni che verranno usate esclusivamente dal nostro personale per organizzare gruppi ottimali ai fini della riuscita.

Cognome e nome del docente..... Scuola secondaria di  1° grado  2° grado

Istituto..... Comune o Municipio..... DS .....

Contatto rapido per appuntamento: e-mail. .... Telefono .....

Titolo di studio:  laurea ultra 3ennale  laurea 3ennale  altro .....

In:..... Conseguito nell'anno .....

Disciplina/e insegnate nel c.a.: .....

**Se in una scuola secondaria di 2° grado:**

A. Liceo Class., Ling B. L. Scient. o sim. C. L.Psicoped o sim. D. L. art. ISA E. ITIS F. IGEA o sim G. ITA H. IP

Anzianità nell'insegnamento, incluso precariato: Anzianità in questo Istituto: Sono interessata/o anche a corsi brevi su:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> è il mio primo anno | <input type="checkbox"/> è il mio primo anno | <input type="checkbox"/> Recupero competenze di base              |
| <input type="checkbox"/> da 2 a 5 anni       | <input type="checkbox"/> da 2 a 5 anni       | <input type="checkbox"/> Didattica innovativa                     |
| <input type="checkbox"/> da 6 a 10 anni      | <input type="checkbox"/> da 6 a 10 anni      | <input type="checkbox"/> Attivazione di motivazione allo studio   |
| <input type="checkbox"/> oltre i 10 anni     | <input type="checkbox"/> oltre i 10 anni     | <input type="checkbox"/> Potenzia mento della resilienza          |
|  |  | <input type="checkbox"/> Rapporti con le famiglie e il territorio |

Mese preferito:  Gennaio  Febbraio  Marzo  Aprile  Maggio  Giugno  Luglio

Altro .....