

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI PER IL POTENZIAMENTO DEL MULTILINGUISMO

La tua email*

La tua risposta

COGNOME E NOME*

La tua risposta

TIPOLOGIA DI CONTRATTO*

Docente T.I.
Docente T.D.

DISCIPLINA/AREA DISCIPLINARE DI INSEGNAMENTO*

La tua risposta

NUMERO DI ANNI DI SERVIZIO COMPLESSIVI*

Fino ad 1 anno
Da 1 a 3 anni
Da 4 a 10 anni
Da 11 a 20 anni
Oltre 20 anni

EVENTUALI INCARICHI DI RESPONSABILITA' RICOPERTI*

Referente di attività d'Istituto
Responsabile di progetti
Funzione Strumentale al P.T.O.F
Coordinatore di classe
Altro _____

HAI SEGUITO UNO O PIU' CORSI DI AGGIORNAMENTO RELATIVI ZALLE
TEMATICHE del DM 65/023 NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI?*

SI

No

corsi formativi annuali di lingua e metodologia CLIL

Lingua -----

formazione linguistica per docenti per livello QCER

Lingua -----

<input type="checkbox"/>	Livello B2	
<input type="checkbox"/>	Livello C1	