

ALLEGATO 2

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
IIS "GRAZIO COSSALI"
VIA MILANO N. 83
25034 ORZINUOVI BS

Cognome _____ Nome _____

**TABELLA DI AUTOCERTIFICAZIONE TITOLI CULTURALI E PROFESSIONALI
ESPERTO PER REALIZZARE PERCORSI DI MENTORING E ORIENTAMENTO
METODO DI STUDIO**

a)	Laurea in _____ _____ <input type="checkbox"/> Magistrale <input type="checkbox"/> vecchio ordinamento	<input type="checkbox"/> SÌ conseguita nell'anno _____ presso _____ con votazione _____	<input type="checkbox"/> NO
b)	Conseguimento di: - Master - Corso Specializzazione universitaria - Dottorato di Ricerca sulle materie coerenti con la tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> SÌ n° titoli _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="checkbox"/> NO
c)	Corsi di formazione e aggiornamento relativi alla dispersione scolastica e alle tematiche connesse	<input type="checkbox"/> SÌ n° titoli _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	<input type="checkbox"/> NO
d)	Anzianità di servizio a tempo indeterminato/determinato	<input type="checkbox"/> SÌ n° anni _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="checkbox"/> NO

e)	Esperienza di progettazione e conduzione di progetti in ambito scolastico coerenti con la tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> SÌ n° esperienze _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="checkbox"/> NO
f)	Incarico di docenza in corsi di recupero/supporto coerenti la tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> SÌ n° incarichi _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="checkbox"/> NO
g)	Esperienze pregresse nell’ambito di moduli formativi PON	<input type="checkbox"/> SÌ n° esperienze _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	<input type="checkbox"/> NO
g)	Pubblicazioni coerenti con la tipologia di intervento	<input type="checkbox"/> SÌ n° pubblicazioni _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ _____	<input type="checkbox"/> NO