



## **SCHEDA DI VERIFICA FINALE DEL PROGETTO a.s 20.....-20.....**

### **1. Dati generali**

Denominazione progetto:.....

Scuole/ classi coinvolte:.....

Docenti coinvolti.....

Personale A.T.A. coinvolto .....

N° alunni coinvolti: .....

N° complessivo di ore svolte dagli alunni.....

**Obiettivi prioritari del/i progetto prefissati:**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**Breve relazione sul progetto (attività svolte):** .....

.....

.....

.....

### **2. Organizzazione e svolgimento del progetto**

**Coinvolgimento delle componenti :**

- Dirigente scolastico                       Docenti                                       Personale ATA
- Servizi Territorio ( ASL, ecc.) .....       F.S.....                                       Enti Locali.....
- Esperti esterni: Se sì: a) regolari b) saltuari .....
- Altro.....

**Risorse richieste e utilizzate:**       finanziarie       strumentali       organizzative

**Utilizzazione ore aggiuntive personale docente** ( indicare il totale delle ore effettivamente svolto a consuntivo ) :

.....ore insegnamento ..... ore funzionali

**Utilizzazione ore aggiuntive personale A.T.A.:**..... ore aggiuntive

**Mezzi di trasporto**                       come da progetto       variazioni.....

**Spazi - Arredi - Materiali**       come da progetto       variazioni.....

**Ambito di intervento:**

Precisare se il progetto prevede una nuova organizzazione dell'attività didattica, nuovi modelli disciplinari, utilizzo delle tecnologie, nuovi format, nuovo ruolo degli allievi, etc:

.....

.....

**L'analisi della situazione di partenza (bisogni e risorse) è stata condotta attraverso:**

<input type="checkbox"/> riunioni dipartimenti	<input type="checkbox"/> consigli di classe/interclasse/intersezione
<input type="checkbox"/> colloqui con le famiglie	<input type="checkbox"/> questionari
<input type="checkbox"/> stimoli provenienti dal territorio	<input type="checkbox"/> altro .....

**Strategie e strumenti d'intervento con gli alunni:** (indicare, ove necessario, anche più voci)

<input type="checkbox"/> Didattica laboratoriale su compiti di realtà	<input type="checkbox"/> Cooperative-learning, Peer education
<input type="checkbox"/> Interventi individualizzati e personalizzati	<input type="checkbox"/> problem solving
<input type="checkbox"/> Attività integrative – interne ed esterne alla scuola	<input type="checkbox"/> Utilizzo delle tecnologie
<input type="checkbox"/> Lavoro di gruppo	<input type="checkbox"/> altro .....

**Attività** (prevalentemente svolte):

<input type="checkbox"/> lettura/scrittura	<input type="checkbox"/> ricerche
<input type="checkbox"/> grafiche/artistiche	<input type="checkbox"/> manipolazione materiali
<input type="checkbox"/> visite guidate	<input type="checkbox"/> uso di strumenti multimediali
<input type="checkbox"/> lavori di gruppo, cooperative learning	<input type="checkbox"/> altro .....

**Durata:** Data inizio attività ..... Data fine attività .....  
 Ore previste dal progetto..... Ore effettivamente svolte .....

**3. Valutazione del progetto**

**Obiettivi prioritari del/i progetto raggiunti:**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**Risultati ottenuti**

Indicare, per gli alunni, gli aspetti prioritari raggiunti rispetto a: (1= minimo, 5 = massimo)

<b>Contributo al successo formativo degli allievi attraverso il potenziamento di:</b>					
Motivazione/interesse	1	2	3	4	5
Coinvolgimento nelle attività scolastiche	1	2	3	4	5
Competenze affettivo-relazionali	1	2	3	4	5
Competenze trasversali (competenze chiave e di cittadinanza)	1	2	3	4	5
Apprendimenti disciplinari	1	2	3	4	5
<b>Contrasto alla dispersione scolastica, con particolare riferimento a :</b>					
Frequenza irregolare	1	2	3	4	5
Abbandono/evasione	1	2	3	4	5

**Strumenti di verifica degli interventi realizzati** (indicare SI/NO)

Griglie/ Questionari	SI NO	Compilazione portfolio	SI NO
Auto-valutazione	SI NO	Narrazione / diario di bordo	SI NO
Compiti autentici o di realtà	SI NO	Altro (specificare):	

**Grado di soddisfazione degli studenti coinvolti:** alto medio basso indifferente

**Modalità utilizzate per verificarlo:**  osservazioni  questionari  altro.....

**Punti di forza del progetto:** .....

**Punti di criticità del progetto:** .....

**Osservazioni e proposte**.....

**Prodotti: Il progetto si è concluso con un prodotto finale ?** a) si b) no

Se sì, specificare quale: .....

Se no, indicare il motivo: .....

Luogo e Data....., li.....

Firma del referente

.....