

**Ministero dell’Istruzione e della ricerca**

#### ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO STATALE

**di Scuola dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° e 2° grado**

**Via Serrone, snc - 87010 MALVITO (CS) - Tel.  0984/509082 Fax 0984509928**

**E-mail:** [**csic863009@istruzione.gov.it**](mailto:csic863009@istruzione.gov.it) **–** [**csic863009@pec.istruzione.it**](mailto:csic863009@pec.istruzione.it) **–** [**csri190009@istruzione.gov.it**](mailto:csri190009@istruzione.gov.it)

**Cod. Univoco UFGCDS - Cod. Fisc. 99003220789 - Cod. Mecc.: CSIC863009 – Cod. Mecc. CSRI190009**

**Sito web:** [**www.icmalvito.edu.it**](http://www.icmalvito.edu.it/)

***Piano di Formazione del personale docente nell’anno di prova e formazione***

***a.s. 2023/2024***

**REGISTRO ATTIVITÀ *PEER TO PEER***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e cognome**  **del docente** | **Ordine/grado di scuola** | **Nome e cognome**  **del tutor scolastico** | **Istituto di servizio** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia Attività** | **Data** | **Orario** | **Firma del docente** | **Firma del tutor** | **Relazione sull’attività svolta** |
| **PROGETTAZIONE CONDIVISA (DOCENTE NEOASSUNTO E DOCENTE TUTOR)**  **totale 3 ore** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Tipologia Attività** | **Data** | **Orario** | **Firma del docente** | **Firma del tutor** | **Relazione sull’attività svolta** |
| **OSSERVAZIONE DEL DOCENTE NEOASSUNTO NELLA CLASSE DEL DOCENTE TUTOR**  **totale 4 ore** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Tipologia Attività** | **Data** | **Orario** | **Firma del docente** | **Firma del tutor** | **Relazione sull’attività svolta** |
| **OSSERVAZIONE DEL DOCENTE TUTOR NELLA CLASSE DEL DOCENTE NEOASSUNTO**  **totale 4 ore** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **Tipologia Attività** | **Data** | **Orario** | **Firma del docente** | **Firma del tutor** | **Relazione sull’attività svolta** |
| **VERIFICA DELL'ESPERIENZA**  **totale 1 ora** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |

Il Dirigente

Dott.ssa Marietta Iusi

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*