



REGIONE
PUGLIA



**Istituto Professionale di Stato per i Servizi Socio Sanitari
"SEVERINA DE LILLA"**

BARI - Via Celso Ulpiani,8 - Tel.080 5421268-080 5520669 Fax 080 5569417

Cod. Fiscale 80021370723

SITO WEB: www.delillabari.gov.it - E-MAIL: barf010006@istruzione.it - barf010006@pec.istruzione.it

**TABELLA DI VALUTAZIONE DEI TITOLI PER LA FIGURA PROFESSIONALE
DI ESPERTO FORMATORE**

**Tematica A: Sperimentazione e diffusione di metodologie e processi di
didattica attiva e collaborativa.**

Titoli valutabili	Criteri	Punti	PUNTEGGIO	
			Descrizione del titolo e riferimento della pagina nel curriculum vitae	
			a cura del dichiarante	riservato scuola
Laurea vecchio ordinamento o specialistica coerente rispetto ai contenuti didattici della tematica/laboratorio formativo a cui si fa riferimento	110 e lode	6		
	110	5		
	da 109 a 99	4		
	fino a 98	3		
Laurea triennale coerente con l'incarico richiesto		4		
Dottorato di ricerca coerente con l'incarico richiesto		4		
Titoli specifici (Corsi di formazione, specificare durata e date, solo se attinenti all'area di riferimento)	Pt.2 per ogni corso (da 8 a 20 ore) Pt.3 per ogni corso (da 21 a 50 ore) Pt.4 per ogni corso (oltre le 50 ore)			
Anni di insegnamento in ruolo in Istituti Statali	Pt.1 per ogni anno a partire dal 6° anno di ruolo			
Esperienza progettazione/organizzazione conduzione di attività specifiche nel settore di pertinenza (ultimi 15 anni)	Elencare i progetti, le annualità e il ruolo svolto (2 pt per ogni esperienza)			
Esperienze di formatore docenti nel settore di pertinenza Progetti PON, Tutor formatore Corsi per Neoassunti, ecc, - ultimi 15 anni)	Elencare i progetti, le annualità e le ore svolte Pt.2 per ogni corso (da 8 a 15 ore) Pt.3 per ogni corso (da 16 a 30ore) Pt.4 per ogni corso (da 31 a 50ore) Pt.5 per ogni corso (oltre le 50 ore)			
Corsi di Alta Formazione o Master universitari di almeno 1500 ore (pari a 60 crediti CFU) documentate e certificate sull'attestato di frequenza	1 per ciascun corso (Si valutano massimo 2 titoli)			
Pubblicazioni attinenti al settore di intervento	Pt. 2 per ogni pubblicazione a stampa			
Certificazione informatica (ECDL, EIPASS, ecc.)	Pt. 1 per ogni certificazione			
TOTALE				

Cognome e nome _____

Il sottoscritto, **dichiara** sotto la propria personale responsabilità (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445) di essere in possesso dei requisiti indicati al momento della presentazione della domanda.

Luogo e data _____

Firma _____