

VERIFICA PROGETTO.
Anno scolastico 2024/25

TITOLO PROGETTO:

PLESSO:

REFERENTE:

METODOLOGIE E STRUMENTI DI VERIFICA (sulla base degli indicatori scelti per osservare i risultati degli alunni, la rispondenza della scuola, l'efficacia del gruppo di lavoro,)	
PER IL CONTROLLO FINALE	Data
Qual è stata l'esperienza complessiva con il progetto?	<ul style="list-style-type: none"> • Molto positiva • Positiva • Neutra • Negativa • Molto negativa
Qualità del Lavoro:	<ul style="list-style-type: none"> • Eccellente • Buona • Sufficiente • Insufficiente
Rispetto delle scadenze:	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre rispettate • Spesso rispettate • A volte rispettate • Raramente rispettate
Collaborazione tra i Membri del Team e/o tra il team e l'esperto :	<ul style="list-style-type: none"> • Eccellente • Buona • Sufficiente • Insufficiente
Il progetto ha raggiunto gli obiettivi prefissati?	<ul style="list-style-type: none"> • Sì • Parzialmente • No
Quali aspetti del progetto sono stati più utili o interessanti?	
Ci sono stati aspetti del progetto difficili o problematici?	
Hai suggerimenti per migliorare il	

progetto in futuro?	
Firma del Responsabile del Progetto:	
VALIDAZIONE	
<input type="checkbox"/> Il progetto NON E' VALIDATO ma può essere riproposto dopo aver apportato le correzioni sopra specificate.	
<input type="checkbox"/> Il progetto È VALIDATO e può essere riproposto anche	<input type="checkbox"/> l'anno prossimo
	<input type="checkbox"/> negli anni successivi
Data	
Firma del Dirigente Scolastico _____	