**Nota USR Sardegna**

**prot.** **27629 del 16-12-2022**

Ufficio Scolastico regionale per la Sardegna

Direzione Generale

Ufficio Ispettivo e Formazione del Personale Scolastico

Via Giudice Guglielmo, 46

09131 Cagliari

[**drsa.formazione@istruzione.it**](mailto:drsa.formazione@istruzione.it)

## 

## **DISPONIBILITÀ DEGLI ISTITUTI SCOLASTICI AD ACCOGLIERE DOCENTI NELL’AZIONE DEL VISITING IN SCUOLE INNOVATIVE INERENTE IL PERCORSO DI FORMAZIONE E PERIODO ANNUALE DI PROVA PER PERSONALE DOCENTE ED EDUCATIVO IN PERIODO DI FORMAZIONE E PROVA, A.S. 2022/2023.**

Il/la sottoscritto/a *(inserire nome e cognome del/della D.S:)*

Dirigente scolastico dell’Istituto *(inserire cod. mecc. e denominazione)*

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di:

1. essere disponibile ad accogliere docenti in percorso di formazione e periodo di prova nell’azione di visiting in scuole innovative, mettendo a disposizione, durante la visita, personale per una accoglienza qualificata (**team di tutor accoglienti**);
2. aver preso visione e accogliere il cronoprogramma di visita predisposto dall’U.S.R. Sardegna;
3. impegnarsi ad articolare **le visite a scuole innovative in n. 2 giornate di full immersion di 6 ore ciascuna, per una durata complessiva di 12 ore**, secondo le previsioni ministeriali;
4. impegnarsi alla progettazione delle giornate di visiting secondo le modalità previste nel cronoprogramma;
5. aver verificato la correttezza dei dati indicati nel modulo Google reperibile al link <https://forms.gle/kNoQcnkmj3u1BmDL6> contenente le attività innovative da proporre al personale docente tenuto al percorso di formazione e prova per l’a.s. 2022/2023.

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Dlgs 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con l’ausilio di strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a *(inserire nome e cognome del/della D.S:)*

Data gg/mm/aaaa

Il Dirigente Scolastico

Cognome e Nome del D.S.

Firma digitale e dichiarazione protocollata