

**ANEXO. CERTIFICADO DE DIRECCIÓN PROGRAMA EXPERIMENTAL
PARA EL ESTÍMULO INCLUSIVO DE HABILIDADES “PROYECTA”**

D/D^a _____ Director/a del centro
_____ en la localidad de _____ provincia de _____

DECLARA

Que su centro se encuentra participando en el PROGRAMA **EXPERIMENTAL PARA EL ESTÍMULO INCLUSIVO DE HABILIDADES “PROYECTA”**.

CERTIFICA:

Que la/el docente _____ con
DNI _____ se encuentra desarrollando en el Programa PROYECTA,

en las que ha participado como (marcar lo que proceda):

- ☐ Participante.
- ☐ Colaborador.
- ☐ Coordinador (reconocimiento de 20 horas a cargo de la labor gestora desarrollada).

Sabiendo que se ha implicado en uno de los tres niveles de dedicación:

- ☐ Nivel 1, corresponde a 30 horas de trabajo personal docente. (De 2 créditos de Innovación).
- ☐ Nivel 2, corresponde a 60 horas de trabajo personal docente. (De 4 créditos de Innovación).
- ☐ Nivel 3, corresponde a 100 horas de trabajo personal del docente. (De 5 créditos de Innovación).

Fdo.: _____

Director/a del centro _____

Se informa que los datos de carácter personal que se hagan constar en el presente modelo serán objeto de tratamiento automatizado a los fines de tramitar su solicitud por parte de la administración educativa, adoptándose las medidas oportunas para asegurar un tratamiento confidencial de los mismos. La cesión de datos de carácter personal se hará en la forma y con las limitaciones y derechos que otorga la Ley 15/ 1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición contemplados en la citada Ley, ante la Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa (Avda. Valhondo s/n, Edificio III Milenio, módulo 5, 4ª planta, 06800, Mérida)

