

**AUTODICHIARAZIONE E FORMALIZZAZIONE
DELLA SCELTA DELLA SCUOLA DOVE POTER SVOLGERE IL TIROCINIO**

Il/la sottoscritto/a.....matricola
cod. fisc.residente a.....
tel/cell..... e-mail (in stampatello).....

in quanto iscritto/a al Corso di *formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno agli alunni con disabilità* a.a. 2020/2021 al grado di scuola

**DICHIARA
di voler svolgere il tirocinio presso l'istituto scolastico***

Istituto Principale:

Indirizzo:

PEC..... e-mail.....

Tel..... Codice Meccanografico Istituto.....

con Convenzione Unisi

priva di Convenzione Unisi

Plesso/Scuola (se diverso dall'Istituto principale).....

Indirizzo:

Tel..... e-mail.....

Data

Firma olografa

*L'accoglimento della domanda è subordinato alla disponibilità di tutor dei tirocinanti presso la relativa istituzione. Prima di indicare la scuola accertarsi che nella stessa vi siano alunni con disabilità e docenti in servizio, da utilizzare in qualità di tutor, in possesso dei seguenti requisiti (v. decreto del 30 settembre 2011, all. B):

docente individuato fra coloro che prestano servizio presso l'istituzione scolastica sede del tirocinio diretto: E' individuato sulla base delle disponibilità, del curriculum, di incarico di insegnamento per non meno di 7 anni, e secondo le priorità di seguito indicate:

- contratto a tempo indeterminato, specializzato per le attività di sostegno, incaricato su posto di sostegno, con non meno di cinque anni di anzianità di servizio;

- contratto a tempo indeterminato, specializzato per le attività di sostegno, incaricato su posto comune o disciplinare, con non meno di cinque anni di anzianità di servizio su posto di sostegno (ruolo o pre-ruolo).

N.B: il presente modulo va riconsegnato in allegato al Modulo di inizio tirocinio all'indirizzo PEC: **rettore@pec.unisipec.it** all'attenzione dell'Ufficio Studenti e Didattica del Campus di Arezzo **dall'indirizzo PEC dell'Istituto**