UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

All'attenzione

Ufficio studenti didattica del Campus di Arezzo

Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno agli studenti con disabilità A.A. 2025/2026

MODULO CONFERMA INIZIO TIROCINIO

(da compilare a cura del/la docente tutor)

Il/la sottoscritto/a _____ docente con incarico di insegnamento per non meno di 7 anni (*__**precisare il periodo: dall'anno scolastico**__ _____)

La data indicata non deve essere successiva all'anno scolastico 2020/2021

Scegliere una delle due seguenti opzioni:

☐in servizio con contratto a tempo indeterminato, specializzato per le attività di sostegno, incaricato su posto di sostegno, con non meno di 5 anni di anzianità di servizio, (*__**precisare il periodo: dall' anno scolastico**__ _____)

☐in servizio con contratto a tempo indeterminato, specializzato per le attività di sostegno, incaricato su posto comune o disciplinare, con non meno di 5 anni di anzianità di servizio su posto di sostegno - ruolo o pre-ruolo - (*__**precisare il periodo: dall' anno scolastico**__ _____)

nominato/a dal/la Dirigente scolastico/a _____

dell'Istituto_____

Codice Meccanografico Istituto _____

TUTOR SCOLASTICO

del/la tirocinante _____ cod. fisc. _____

iscritto/a al Corso di Sostegno a.a. 2025-26 nel grado di scuola _____

DICHIARA

che le attività di tirocinio presso il/la plesso/scuola _____

_____ Indirizzo: _____

Tel _____e-mail _____

*__**hanno inizio il giorno __/___/ _____**__

Data e luogo della firma digitale

Tutor scolastico/a	Tirocinante	Dirigente scolastico/a
(Firma digitale)	(Firma digitale per presa visione)	(Firma digitale per presa visione)

Il presente modulo deve essere compilato e firmato digitalmente dal/la Dirigente Scolastico/a, dal/la Docente Tutor e dal/la Tirocinante, e deve essere caricato, in formato PDF/A, su Google form pubblicato alla pagina web del Corso di specializzazione su sostegno a.a. 2025/2026 sezione "Tirocinio".

**Campo obbligatorio*