



CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO AGLI
ALUNNI CON DISABILITÀ
A.A. 2020/21

MODULO CONFERMA INIZIO TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____ docente con
incarico di insegnamento per non meno di 7 anni (**precisare il periodo dal** _____)

- 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 dal** _____)
- 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 dal** _____)

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. 2020-21 nel grado di scuola _____

dichiara

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

_____ Indirizzo: _____

Tel _____ e-mail _____ hanno **inizio** il giorno ____/____/____.

lì _____

Tutor scolastico
(Firma)

Tirocinante
(Firma per presa visione)

Dirigente scolastico
(Firma digitale per presa visione)

ATTENZIONE:

Il presente modulo compilato e firmato, **unito al modulo di autodichiarazione e formalizzazione della scelta della scuola dove poter svolgere il tirocinio**, deve essere inviato dall'Istituto scolastico a mezzo PEC a: **rettore@pec.unisipec.it**, all'attenzione dell'**Ufficio Studenti e Didattica del Campus di Arezzo**.