



CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI
SOSTEGNO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ
A.A. 2022/23

MODULO CONFERMA INIZIO TIROCINIO

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 2016/2017

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. 2022-23 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)

**Campo obbligatorio*

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, in formato PDF/A, dall'Istituto scolastico a mezzo PEC a: **rettore@pec.unisipec.it**, all'attenzione del **Settore Specializzazione Sostegno**.