



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

MODULO CONFERMA TERMINE TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____

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 _____ sono terminate il giorno ___/___/____.

Per quanto sopra si allegano:

- Certificazione delle ore tirocinio diretto (150 ore)
- Certificazione delle ore tirocinio indiretto (25 ore)
- Valutazione finale dell'esperienza di tirocinio diretto

li _____

Tutor scolastico
(Firma)

Tirocinante
(Firma per presa visione)

Dirigente scolastico
(Firma digitale per presa visione)

ATTENZIONE:

Il presente modulo compilato e firmato deve essere inviato, all'indirizzo PEC: rettore@pec.unisipec.it, all'attenzione dell'Ufficio Studenti e Didattica del Campus di Arezzo, dall'indirizzo PEC dell'Istituto, al termine del tirocinio unitamente a:

- Certificato ore tirocinio diretto;
- Certificato ore tirocinio indiretto;
- Valutazione finale dell'esperienza di tirocinio diretto.