



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

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. 2022-23 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**

Il _____

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 del Settore Specializzazione Sostegno, **dall'indirizzo PEC dell'Istituto**, in formato PDF/A, al termine del tirocinio unitamente a:

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