



**AUTODICHIARAZIONE E FORMALIZZAZIONE
DELLA SCELTA DELLA SCUOLA DOVE POTER SVOLGERE IL TIROCINIO E INIZIO TIROCINIO**

PERCORSI DI FORMAZIONE INIZIALE DEI DOCENTI DELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO

AI SENSI DEL DPCM 4 AGOSTO 2023 - A.A. 2024/25

Il/la sottoscritto/a.....matricola

cod. fisc.residente

a.....

tel/cell..... e-mail (in
stampatello).....

in quanto iscritto/a al **Percorso di formazione iniziale dei docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado ai sensi del DPCM 4 agosto 2023 a.a. 2024/2025** al grado di scuola

.....

DICHIARA

di voler svolgere il tirocinio presso l'istituto scolastico*

Istituto Principale:

.....

Indirizzo:

.....

..... PEC.....

e-mail.....

Tel..... Codice Meccanografico

Istituto.....

• con Convenzione Unisi

• priva di Convenzione Unisi

Plesso/Scuola (se diverso dall'Istituto principale)

..... Indirizzo:

.....

..... Tel..... e-mail

.....

Data

Firma

*L'accoglimento della domanda è subordinato alla disponibilità di tutor dei tirocinanti presso la relativa istituzione come da Decreto interministeriale n. 256 del 28.12.2023:

docente individuato e nominato dal dirigente scolastico o dai coordinatori didattici delle istituzioni scolastiche ricomprese negli elenchi istituiti e aggiornati ai sensi dell'art. 11 del DPCM 4 agosto 2023 tra i docenti confermati in ruolo o, per le istituzioni paritarie, con contratto a tempo indeterminato. Al fine dell'individuazione di tali docenti si dovrà tenere conto del requisito di almeno 5 anni di servizio d'insegnamento nonché dei requisiti di cui alla Tabella 1 dell'Allegato A della nota interministeriale n. 256 del 28.012.2023

CONFERMA INIZIO TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____ docente con incarico di insegnamento per non meno di 5 anni (***precisare il periodo: dall'anno scolastico _____**) nominato/a dal/la Dirigente scolastico/a _____ dell'Istituto _____
Codice Meccanografico Istituto _____

Tutor dei tirocinanti

del/la tirocinante _____ cod. fisc. _____
iscritto/a ai **Percorsi di formazione iniziale dei docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado ai sensi del DPCM 4 agosto 2023** 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 dei Tirocinanti
(Firma)

Tirocinante
(Firma per presa visione)

Dirigente scolastico
(Firma digitale per presa visione)

**Campo obbligatorio*

ATTENZIONE:

Il presente modulo compilato e firmato, deve essere inviato, in formato PDF/A, dall'Istituto scolastico a mezzo PEC a: **rettore@pec.unisipec.it**, all'attenzione del **Centro Universitario per la formazione insegnanti**.