



**CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE
PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ
VI CICLO – A.A. 2020/2021**

COGNOME _____ NOME _____
RESIDENZA _____
DOMICILIO _____
CELL. _____ E-MAIL _____
MATRICOLA _____

SCelta DELLA SCUOLA PRESSO CUI SI INTENDE SVOLGERE IL TIROCINIO*

1. SCUOLA ACCREDITATA USR

2. SCUOLA, ANCHE NON ACCREDITATA, PER COLORO CHE SONO GIA' **IMMESSI NEL RUOLO**, AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 13 D.M. 249 DEL 10/09/2010, PREVIA DISPONIBILITÀ DI UN TUTOR

3. SCUOLA, ANCHE NON ACCREDITATA, PER COLORO CHE SONO IN SERVIZIO CON **CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO (FINO A GIUGNO 2022)**, AI SENSI DELL'ART. 6, COMMA 3 D.M. 93 DEL 30/11/2012, PREVIA DISPONIBILITÀ DI UN TUTOR

DATA

PER ACCETTAZIONE
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
TIMBRO E FIRMA

N.B.: il presente modulo va inviato **UNA SOLA VOLTA** entro il **10 Gennaio 2022** alla mail dedicata del referente amministrativo del grado scelto.

* Indicare solo una preferenza