



**CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE
PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'**

- | | |
|---|----------------|
| <input type="radio"/> SCUOLA DELL'INFANZIA | N. TUTOR _____ |
| <input type="radio"/> SCUOLA PRIMARIA | N. TUTOR _____ |
| <input type="radio"/> SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO | N. TUTOR _____ |
| <input type="radio"/> SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO | N. TUTOR _____ |

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 DISPONIBILITA' DI UN TUTOR

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

DATA

PER ACCETTAZIONE
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 TIMBRO E FIRMA

N.B.: il presente modulo va consegnato UNA SOLA VOLTA entro il **4 ottobre 2019** al Tutor d'Aula, Dott. Vito Balzano o al sig. Nicola Sifanno, incaricato della rilevazione delle presenze.

* Indicare solo una preferenza