



RICHIESTA ATTIVAZIONE TIROCINIO UNIVERSITA'
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI
SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'
A.A. 2021-2022 VII CICLO

Matricola _____

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise
Via De Sanctis – Campobasso

La/Il sottoscritt/a/o _____ M F
(Cognome) (Nome) (sesso)

residente a _____ Prov.(____)

in via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

iscritt/a/o al Corso di Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità

a.a. 2021/2022 – VII ciclo - per il seguente grado di scuola:

(selezionare percorso)

Scuola dell' Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

Scuola Secondaria di II grado

consapevole che:

1. parte del tirocinio previsto nell'ambito dei corsi di specializzazione attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità deve essere svolto presso un Istituto Scolastico accreditato presso l'Ufficio Scolastico della Regione sede dell'Istituto stesso o presso l'Istituto scolastico sede di servizio anche se non ricompreso nell'elenco delle scuole accreditate (D.M. 10 settembre 2010 n. 249, del D.M. 30/09/2011 e del D.M. 93 del 30/11/12);
2. il tirocinio diretto deve durare non meno di cinque mesi e che lo stesso deve essere espletato nello stesso grado di scuola per il quale si intende conseguire la specializzazione e al di fuori dell'orario di servizio;
3. il tirocinio presso l'Istituto Scolastico di seguito indicato potrà aver inizio solo successivamente alla data di trasmissione del progetto formativo di orientamento agli organi competenti e che l'Università degli Studi del



Molise provvederà a tale trasmissione solo se lo stesso è sottoscritto da tutte le parti coinvolte (dirigente scolastico, tirocinante, università)

CHIEDE

(indicare una sola scelta barrando la casella)

Di effettuare il tirocinio presso l'Istituto _____

Via _____ città _____

Statale

Paritario appartenente al Sistema Nazionale d'Istruzione

Di effettuare il tirocinio presso l'Istituto _____

Via _____ città _____

Statale

Paritario appartenente al Sistema Nazionale d'Istruzione

in quanto in servizio nel medesimo istituto.

A tal proposito il sottoscritto, consapevole delle sanzioni anche penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la propria responsabilità di essere in servizio nel medesimo istituto scolastico come docente con:

contratto a tempo indeterminato di altro insegnamento dal _ _____

contratto a tempo determinato (supplenza annuale o fino al termine delle attività didattiche)

dal _____ al _____

A tal fine

1. si impegna a far pervenire da parte dell'Istituto Scolastico all'indirizzo amministrazione@cert.unimol.it

- a) la Dichiarazione di disponibilità all'accoglienza del/la sottoscritto/a firmata dal Dirigente Scolastico dell'Istituto suddetto
- b) il Progetto Formativo
- c) la Convenzione sottoscritta dal Dirigente Scolastico, da inviare prima del progetto formativo, non andrà trasmessa se l'Istituto è già convenzionato.

2. allega alla presente modulo privacy e copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma
