



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

RICHIESTA TIROCINIO

“CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA’ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA’ “ A.A. 2020-2021

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto

di _____

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

Residente a _____ Prov.(_____) in via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

iscritta/o al “Corso di Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità”
a.a. 2020/2021 – VI ciclo - Percorso:

Scuola dell’Infanzia

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di I grado

Scuola Secondaria di II grado

ai sensi del DM 249/2010 e successive modificazioni e del Decreto Ministeriale del 30 settembre 2011.

CHIEDE

di effettuare il tirocinio di cui alla normativa citata presso l’Istituto scolastico che Lei dirige per il grado di scuola su indicato. Il tirocinio come è specificato nell’allegato B del Decreto Ministeriale

del 30 settembre 2011 si compone di 6 crediti, corrispondenti a 150 ore di attività, e 1 credito, corrispondente a 25 ore di attività di rielaborazione, dette attività sono da svolgere con il tutor del tirocinante.

A tal proposito dichiara di dover effettuare l'intera attività di tirocinio da espletarsi in non meno di cinque mesi e che lo stesso tirocinio deve essere svolto per il grado di scuola su già indicato

- **Alla presente allega:**

- Modulo di dichiarazione di disponibilità all'accoglienza del tirocinante (che il Dirigente Scolastico dell'Istituto potrà compilare, firmare e che si prega di far pervenire, in caso di accoglimento della richiesta da parte dell'Istituto Scolastico, all'Università del Molise via PEC all'indirizzo amministrazione@cert.unimol.it, (unitamente agli altri documenti necessari)
- Copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma
