



Università Degli Studi «G. d'Annunzio»

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA'
DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'
X CICLO**

ALLEGATO 1

LIBRETTO DI TIROCINIO

Studente _____

Matricola _____

Tutor tirocinante: _____

(riportare il nominativo tutor designato dal Dirigente Scolastico)

Denominazione Istituto Scolastico

Via _____

Città _____ cap _____

Sede _____



Università Degli Studi «G. d'Annunzio»

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA'
DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'
X CICLO**

ALLEGATO 1

Registro per il monitoraggio delle presenze nell'ambito del tirocinio diretto da svolgersi in non meno di cinque mesi

GG/MM/AA	ORARIO (DALLE ORE ALLE ORE)	N° ORE	TIPO DI ATTIVITÀ SVOLTA	FIRMA DEL TUTOR DEL TIROCINANTE

Totale ore effettuate _____

Firma del tirocinante _____



Università Degli Studi «G. d'Annunzio»

**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA'
DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'
X CICLO**

ALLEGATO 1

Note: osservazioni e/o annotazioni particolari

Si attesta, inoltre, lo svolgimento, sotto la supervisione del tutor del tirocinante, di attività di rielaborazione dell'esperienza professionale, per un totale di 25 ore, nell'ambito delle attività di tirocinio indiretto previste dall'allegato B al D.M. 30/09/2011.

Data _____

Firma del Tirocinante

Firma del Tutor del tirocinante

Firma e timbro del Dirigente Scolastico
