



Università Degli Studi «G. d'Annunzio»

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

ALLEGATO 2

RICHIESTA ATTIVAZIONE TIROCINIO UNIVERSITA'

Al Magnifico Rettore
Università "d'Annunzio"
Chieti-Pescara

La/Il sottoscritta/o _____ Matr. _____

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. 2024/2025
– X 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 provvederà a tale trasmissione solo se lo stesso è sottoscritto da tutte le parti coinvolte (dirigente scolastico, tirocinante, università)

CHIEDE

di effettuare il tirocinio presso l'Istituto _____

Indirizzo _____

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/non essere in servizio nel medesimo istituto scolastico come docente con:

- ☐ contratto a tempo indeterminato
☐ contratto a tempo determinato



Università Degli Studi «G. d'Annunzio»

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

ALLEGATO 2

A tal fine

1. si impegna a consegnare all'Università :
 - a) la Convenzione sottoscritta dal Dirigente Scolastico, nel caso in cui l'Istituto non sia ancora convenzionato. N.B.: la convenzione andrà consegnata PRIMA degli altri documenti.
 - b) la Dichiarazione di disponibilità all'accoglienza del/la sottoscritto/a firmata dal Dirigente Scolastico dell'Istituto suddetto
2. allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma _____

La richiesta è approvata (data, timbro e firma)