

N. prot. _____

(riportare su carta intestata della scuola ospitante)

***CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI
SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA'
A.A. 2024-2025 X CICLO***

Dichiarazione di disponibilità all'accoglienza del/della tirocinante

La /il sottoscritta/o _____ Dirigente dell'Istituto

CAP _____ CITTÀ _____ Provincia _____

Codice meccanografico _____ Email _____

PEC _____ Tel. _____

Vista la richiesta presentata dal/dalla tirocinante _____

dichiara la disponibilità della propria scuola

ad accogliere il/la tirocinante _____ iscritto/a al corso di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2024-2025 per il percorso _____ (indicare il grado di scuola) per l'espletamento del tirocinio da svolgersi nell'ambito del corso di Formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2024-2025 come regolato dal D.M. 10 settembre 2010 n. 249 e successive modificazioni e dal D.M. 30 settembre 2011.

Al fine dello svolgimento del suddetto tirocinio nonché per il riconoscimento della quota prevista dal Decreto Ministeriale del primo dicembre 2016 n. 948, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(barrare una sola opzione)

- ☐ che la propria istituzione scolastica è accreditata ai sensi dell'art. 12 del DM 249/2010 e come previsto del DM n. 93 del 30 novembre 2012 presso l'Ufficio Scolastico della Regione in cui ha sede l'istituto stesso ai fini dello svolgimento delle attività di tirocinio dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2024-2025 – X ciclo per il grado di istruzione richiesto dal/dalla suddetto/a tirocinante
- ☐ di aver inoltrato domanda di accreditamento ai sensi dell'art. 12 del DM 249/2010 e di essere in attesa di comunicazioni dall'USR di competenza e di avere comunque tutti i requisiti ai sensi del D.M. n. 93 del 30 novembre 2012 ai fini dello svolgimento delle attività di tirocinio nell'ambito dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2024-2025 – X ciclo.
- ☐ che l'istituto scolastico non è ricompreso nell'elenco delle scuole accreditate presso l'USR di riferimento, come su riportato, ma è sede di servizio del/della Tirocinante (ai sensi dell'art. 6 comma 1 del D.M. n. 93 del 30 novembre 2012) con contratto:
- ☐ contratto a tempo indeterminato di altro insegnamento dal _____
- ☐ contratto a tempo determinato (supplenza annuale o fino al termine delle attività didattiche) dal _____ al _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che l'istituto stesso ha tutti i requisiti previsti dal citato DM ai fini dello svolgimento delle attività di tirocinio nell'ambito dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità a.a. 2024-2025- X ciclo.

Inoltre, tenuto conto di quanto previsto dal DM 30 settembre 2011 allegato B art. 2 nomina il DOCENTE TUTOR TIROCINANTE² nella persona di:

COGNOME E NOME _____

Indirizzo e-mail personale _____ cell. _____

che presta servizio presso l'Istituto e che ha i requisiti previsti dalla normativa vigente.

Il nominativo del suddetto docente tutor verrà riportato nel progetto formativo.

Timbro dell'Istituto e Firma digitale del Dirigente Scolastico

