



1506
**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO**

Settore Didattica, Post Laurea e Formazione Insegnanti
Ufficio Formazione Insegnanti
Via Aurelio Saffi, 2 – 61029 Urbino (PU)
Tel.: +39 0722 303030
helpme.uniurb.it

(Allegato 2)

**AMMISSIONE AL TIROCINIO DEI “PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA’ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITA’ DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA, PRIMARIA E DELLA SCUOLA SECONDARIA DI I E II GRADO”
V CICLO A.A. 2019/2020**

Matricola _____

**Al Magnifico Rettore
dell’Università degli di Urbino Carlo Bo**

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

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

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

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Iscritto/a per l’anno accademico 2019/2020 al “Percorso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità” V ciclo:

- per la scuola dell’Infanzia
- per la scuola Primaria
- per la scuola secondaria di I grado
- per la scuola secondaria di II grado

- ammesso a sostenere gli esami di profitto previsti dal Regolamento relativo ai percorsi di formazione per il sostegno V ciclo;
- consapevole del fatto che il Tirocinio ha inizio solo dopo la presentazione del presente modulo completo della documentazione richiesta, in seguito alla presenza di una convenzione tra l’Ateneo di Urbino e l’Istituto Scolastico ospitante e alla presentazione del Progetto formativo e di orientamento;
- ai sensi del D.M. 249/10 art. 12 comma 2 e del D.M. del 30 settembre 2011 art. 3 comma 2 lettera e

CHIEDE

(indicare una sola scelta)

1) Di effettuare il tirocinio presso l’Istituto _____
(Denominazione dell’Istituto Scolastico)

- Statale
- Paritario



1506
**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO**

Settore Didattica, Post Laurea e Formazione Insegnanti
Ufficio Formazione Insegnanti
Via Aurelio Saffi, 2 – 61029 Urbino (PU)
Tel.: +39 0722 303030
helpme.uniurb.it

di _____
(Località)

accreditato presso l'Ufficio Scolastico della Regione _____

OPPURE

2) Di effettuare il tirocinio presso l'Istituto _____
(Denominazione dell'Istituto Scolastico)

Statale

Paritario

di _____
(Località)

accreditato presso l'Ufficio Scolastico della Regione _____

in quanto in servizio nel medesimo Istituto in qualità di docente con:

contratto a tempo indeterminato dal _____

contratto a tempo determinato dal _____ al _____

A tal fine allega:

- Attestazione di disponibilità ad accogliere tirocinanti firmata dal Dirigente Scolastico dell'Istituto accogliente/Delegato.
- Progetto Formativo e di orientamento.
- Copia di un documento di identità in corso di validità.

Urbino,

FIRMA

.....
(Firma per esteso e leggibile)