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 4)

SCHEDA INDIVIDUALE MENSILE RIEPILOGATIVA DELLE PRESENZE DEL TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

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

Tirocinante……
(Cognome) (Nome)

Matricola ……

Istituto Scolastico in cui si è svolto il tirocinio ……
(Denominazione dell'Istituto Scolastico)

DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	N° ORE	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	N° ORE

CONSUNTIVO

Presenze nella settimana dal……al……Totale n. ore……..
Presenze nella settimana dal……al……Totale n. ore……..
Presenze nella settimana dal……al……Totale n. ore……..
Presenze nella settimana dal……al……Totale n. ore……..

Presenze nel mese di ……dal …….. al ……..

Totale N° ore …… e Totale N° giorni ……..

Titolare del progetto formativo è l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo

Firma Tirocinante Firma Tutor Scolastico accogliente

…….. ……

N.B.: Consegnare il presente modulo alla conclusione del tirocinio all'Ufficio Formazione Insegnanti, per ogni mese di presenza.