



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TERAMO

Corso di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità X ciclo

Attività di Tirocinio diretto

(si ricorda che il tirocinio deve essere espletato in non meno di 5 mesi)

Diario delle presenze giornaliere

Cognome e nome del TIROCINANTE:

.....

ISTITUZIONE SCOLASTICA:

.....

Cognome e nome del TUTOR ACCOGLIENTE:

ANNO ACCADEMICO: 2024 - 2025

PERIODO DEL TIROCINIO:

data inizio dell'attività di tirocinio

data presunta di fine attività

Ordine e grado di scuola per cui si consegue la specializzazione di sostegno:

Infanzia

Primaria

Secondaria di primo grado

Secondaria di secondo grado

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

Foglio di presenza alle attività di tirocinio diretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

Istituzione scolastica accogliente: _____

Mese di _____

Giorno del mese	Orario	Totale numero di ore giornaliere	Firma del tutor del tirocinante o del docente che ha accolto il tirocinante nel giorno indicato
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Totale ore svolte nel mese

Firma del tirocinante

Firma del tutor accogliente

Timbro Dell'Istituzione scolastica

.....

.....

