

Attestato di tirocinio indiretto presso l'istituzione scolastica

Il sottoscritto _____ in qualità di Tutor del tirocinante

ATTESTA

di aver svolto con _____ iscritto/a al

Corso di Formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità **25 ore di Tirocinio indiretto** (attività di rielaborazione dell'esperienza professionale) ex Decreto 30 settembre 2011.

luogo e data

.....

Timbro e Firma

Foglio di presenza alle attività di tirocinio indiretto

Cognome e nome del tirocinante: _____

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.			

Responsabile dell'AREA: Dott.ssa Daniela GARELLI

Responsabile dell'Ufficio: Dott. Massimiliano DI PIETRO

Eventuali risposte vanno inviate a: