

Alla Commissione
 del corso di specializzazione per le
 attività di sostegno agli alunni con
 disabilità
 Università degli Studi di Firenze

RICHIEDENTE **RICHIESTA DI ABBREVIAZIONE**
CORSO di SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI
CON DISABILITA'

..... **ciclo**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A cognome e nome | _____

nato/a il | | | | | a |

	prov.	nazione
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		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

e-mail (*) | | Tel |

immatricolato al Corso di Specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con
disabilità dell'Ateneo fiorentino, **con numero di matricola** | | | | | | | | per la Scuola:

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado ☐ Secondaria II grado

al fine della valutazione della precedente carriera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

DI ESSERE IN POSSESSO:

di un'ulteriore *specializzazione sul sostegno*, ai sensi del DM 30 settembre 2011, per la scuola,

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado ☐ Secondaria II grado

- Conseguito presso l'**Università di Firenze** indicare numero di matricola
|_|_|_|_|_|_|_| i dati relativi agli esami verranno recuperati dalla Segreteria
- Conseguito presso l'Università di _____
compilare la tabella sottostante

NB: si prega di inserire nella tabella sottostante SOLO gli insegnamenti (no laboratori, tic e tirocinio) e solo se conseguiti presso altro Ateneo

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITÀ FORMATIVA	DATA	VOTO	SSD	CFU

e, ai fini dell'abbreviazione del percorso,

CHIEDE IL RICONOSCIMENTO

degli esami sostenuti nella precedente specializzazione e pertanto di poter usufruire del percorso abbreviato previsto dal DM 92/2019 art. 3, comma 5.

_____/_____/_____
(data)

(firma)

❖ Allegare documento di identità

Il Seguento modulo deve essere presentato secondo le modalità e le tempistiche previste nel bando. Non saranno valutate le richieste inviate fuori dai termini e/o con modalità diverse da quelle sopra indicate.