

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

**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| _____ |
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 verranno recuperati dalla Segreteria
- Conseguito presso l'**Università di** _____ compilare la tabella
sottostante

