

**CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE  
PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO II CICLO – A.A.2014-2015**

(All. n. 2)

**MODELLO PER TIROCINIO DIRETTO**

**PARTE RISERVATA AL DOCENTE/CORSISTA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL' ISTITUTO SCOLASTICO**

ACCREDITATO SUL SOSTEGNO PRESSO USR \_\_\_\_\_ per il seguente  
grado di scuola \_\_\_\_\_

NON ACCREDITATO EX ART. 6, comma 1 e 2, D.M. 93/2012

Denominazione dell'istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail della scuola \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

Classe/sezione del tirocinio diretto \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL TUTOR DEL TIROCINANTE**

Nome e cognome del tutor del tirocinante \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

TIMBRO DELL'ISTITUTO

Firma del corsista/docente

Firma dello tutor dei tirocinanti

Firma Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_