MODULO PER LA RIPRESA DEI PERCORSI DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITA' DI SOSTEGNO DIDATTICO AD ALUNNI CON DISABILITA'

A.A. 2016/2017

__l__ sottoscritt __ _____ _____
Cognome *Nome*
nat__ a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale l__l__I__l__I__l__I__l__I__l__I__l__I__l__I__l__I__l__l residente a _____
_____ Prov. _____ c.a.p. _____
in via _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail: _____

CHIEDE

la **RIPRESA** del Percorso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità (D.M. 948 del 01.12.2016 art. 4 comma 7).

Ordine di scuola _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni anche penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

☐ di aver sospeso la frequenza del _____ ciclo di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità A.A. _____ per _____ presso l'Università degli studi di _____;

Luogo e data _____ Firma _____

Si allega:
- Fotocopia di un valido documento di identità.