***PERCORSO DI ABILITAZIONE DA 60 CFU DM 4 AGOSTO 2023***

RICHIESTA ATTIVAZIONE TIROCINIO UNIVERSITA’

Al Direttore CAMAFI

Università “d’Annunzio”

Chieti-Pescara

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.( ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritta/o al Percorso di abilitazione da 60 CFU relativo alla classe di concorso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare codice e denominazione)

 consapevole che:

1. il tirocinio previsto nell’ambito dei percorsi di abilitazione ex DM 4 agosto 2023 deve essere svolto presso un Istituto Scolastico accreditato presso l’Ufficio Scolastico della Regione sede dell’Istituto stesso o presso l’Istituto scolastico sede di servizio;

2. il tirocinio diretto deve essere svolto per un totale di 180 ore salvo il riconoscimento di CFU, e che lo stesso deve essere espletato nella classe di concorso per cui si intende ottenere l’abilitazione e al di fuori dell’orario di servizio;

3. il tirocinio presso l’Istituto Scolastico di seguito indicato potrà aver inizio solo successivamente alla data di trasmissione del progetto formativo di orientamento agli organi competenti e che l’Università provvederà a tale trasmissione solo se lo stesso è sottoscritto da tutte le parti coinvolte (dirigente scolastico, tirocinante, università)

CHIEDE

di effettuare il tirocinio presso l'Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor scolastico assegnato dal dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal proposito il sottoscritto, 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 essere/non essere in servizio nel medesimo istituto scolastico come docente con:

□contratto a tempo indeterminato

□contratto a tempo determinato

A tal fine

1. Consegna all’Università, in allegato alla presente richiesta:

a) la Convenzione sottoscritta dal Dirigente Scolastico.

b) la Dichiarazione di disponibilità all’accoglienza del/la sottoscritto/a firmata dal Dirigente Scolastico dell’Istituto suddetto

c) il Progetto Formativo

2. allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La richiesta è approvata in data: