



Allegato A (60 CFU)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CFU AI FINI DEL RICONOSCIMENTO CREDITI
NEI PERCORSI DI FORMAZIONE INIZIALE DEI DOCENTI DELLE SCUOLE SECONDARIE DI
SECONDO GRADO**

(AI SENSI DEL DPCM 4 AGOSTO 2023)

PERCORSO DA 60 CFU

PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA È VIVAMENTE CONSIGLIATO DI CONSULTARE IL
REGOLAMENTO PER IL RICONOSCIMENTO CREDITI

SI CHIEDE DI COMPILARE L’ALLEGATO DIGITALMENTE E DI NON MODIFICARE I SUOI CAMPI, SE NON
ESCLUSIVAMENTE PER L’AGGIUNTA DI RIGHE NECESSARIE PER I DATI DA RIPORTARE

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o il _____

a _____ PROV (__) Residente in _____ via _____

Codice Fiscale _____

Classe di abilitazione richiesta: _____

SEZIONE 1: RICONOSCIMENTO ATTIVITA’ FORMATIVE DI AREA COMUNE

SI RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO PER IL/I SEGUENTI INSEGNAMENTI DI AREA COMUNE CONTENUTO
NEL PIANO DI STUDI DEL PERCORSO ABILITANTE DA 60 CFU:

	SSD	DENOMINAZIONE	CFU
☐	M-PED/01	Fondamenti di Pedagogia	4
☐	M-PED/02	Storia della scuola e delle istituzioni educative	3
☐	M-PED/04	Valutazione formativa	3
☐	M-PED/03	Didattica Inclusiva	3
☐	M-PED/03	Media Education	1
☐	INF/01	Informatica	1
☐	L-LIN/02	Educazione linguistica	1
☐	M-PED/03	Progettazione didattica	2
☐	M-PSI/01	Psicologia Generale	1
☐	M-PSI/04	Psicologia dello Sviluppo	1
☐	SPS/08	Sociologia dei processi culturali	1
☐	M-DEA/01	Antropologia culturale	1
☐	IUS/09	Legislazione scolastica	2

A tal fine il sottoscritto dichiara di aver superato, nel proprio percorso formativo, i seguenti esami:

SSD	DENOMINAZIONE ESATTA	CFU	CONSEGUITO PRESSO	NELL'ANNO ACCADEMICO	TIPO DI CORSO (Laurea, master, TFA)



SSD	DENOMINAZIONE ESATTA	CFU	CONSEGUITO PRESSO	NELL'ANNO ACCADEMICO	TIPO DI CORSO (Laurea, master, TFA, 30 CFU...)

(aggiungere altri campi se necessario copiando e incollando la tabella precedente)

SEZIONE 2: RICONOSCIMENTO ATTIVITA' FORMATIVE DI AREA SPECIALISTICA

SI RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO PER IL/I SEGUENTI INSEGNAMENTI DI AREA SPECIALISTICA:
(Consultare il Piano di Studi relativo alla propria classe di abilitazione)

1)

SSD: _____

CFU: _____

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO: _____

A tal fine si dichiara di aver superato il seguente esame:

SSD	DENOMINAZIONE ESATTA	CFU	CONSEGUITO PRESSO	NELL'ANNO ACCADEMICO	TIPO DI CORSO (Laurea, master, TFA, 30 CFU...)

2) (Ripetere i campi precedenti se necessario)

SEZIONE 3: RICONOSCIMENTO ATTIVITA' DI TIROCINIO DIRETTO

Il sottoscritto richiede inoltre il riconoscimento di nr. _____CFU di Tirocinio Diretto.

A tal proposito dichiara di aver effettuato i seguenti giorni di servizio effettivo specifico, continuativo, presso:

Scuola	Città	Classe di abilitazione	Dal giorno al giorno	Anno scolastico



--	--	--	--	--

E/O

Dichiara di aver effettuato i seguenti giorni di servizio effettivo non specifico presso:

Scuola	Città	Classe di abilitazione	Dal giorno al giorno	Anno scolastico

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

☐ Di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 dpr 445/2000

☐ Di essere consapevole che la corretta compilazione e caricamento del presente allegato è criterio di valutazione ed eventuale esclusione dalle procedure di riconoscimento crediti formativi universitari (CFU) nei percorsi 60 CFU ai sensi del bando per l'accesso ai percorsi di formazione iniziale dei docenti delle scuole secondarie di II grado A.A. 2024-2025

☐ Di essere consapevole che verrà accettata esclusivamente una copia compilata del presente allegato e che tale copia – pena l'esclusione dalle procedure valutative – deve essere compilata, stampata, datata, firmata e inviata come file pdf, come da istruzioni riportate nel regolamento per il riconoscimento dei crediti relativo ai percorsi di formazione iniziale dei docenti delle scuole secondarie di II grado A.A. 2024-2025

Luogo e data _____

Firma autografa del dichiarante (per esteso e leggibile) _____

[ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO]