



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

Area servizi studenti e post lauream
Segreteria Scuole di Specializzazione e TFA

TIROCINIO FORMATIVO ATTIVO II CICLO

A.A. 2014/2015

Autocertificazione Titoli Valutabili ai fini del riconoscimento di Crediti Formativi Universitari

Il sottoscritto _____

Cognome _____

Nome _____

nat ____ a _____ (____) il ____ / ____ / ____

Tel. ____ / ____ Cell. ____ / ____

e-mail _____ @ _____

in riferimento all'iscrizione al Tirocinio Formativo Attivo per l'a.a. 2014/2015 per la classe di abilitazione **A** _____

consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, professionali e/o di servizio per i quali chiede la valutazione ai fini del riconoscimento di Crediti Formativi Universitari:

1. **ABILITAZIONE ALL'INSEGNAMENTO NELLA SCUOLA SECONDARIA** (solo se conseguita attraverso uno dei canali sotto riportati)

1a Abilitazione all'insegnamento nella classe: _____

Titolo conseguito in data: ____ / ____ / ____

Presso l'Università: _____

- Canale di conseguimento:
- Scuola di specializzazione all'insegnamento secondario (SSIS)
 - Tirocinio Formativo Attivo (TFA)
 - Percorsi abilitanti speciali (PAS)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

Area servizi studenti e post lauream
Segreteria Scuole di Specializzazione e TFA

- 1b** Abilitazione all'insegnamento nella classe: _____
Titolo conseguito in data: _____/_____/_____
- Presso l'Università: _____
- Canale di conseguimento: Scuola di specializzazione all'insegnamento secondario (SSIS)
 Tirocinio Formativo Attivo (TFA)
 Percorsi abilitanti speciali (PAS)

- 1c** Abilitazione all'insegnamento nella classe: _____
Titolo conseguito in data: _____/_____/_____
- Presso l'Università: _____
- Canale di conseguimento: Scuola di specializzazione all'insegnamento secondario (SSIS)
 Tirocinio Formativo Attivo (TFA)
 Percorsi abilitanti speciali (PAS)

2. SPECIALIZZAZIONE ALLE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

- 2a** Titolo conseguito in data: _____/_____/_____
- Presso l'Università: _____
- Canale di conseguimento: _____
 Attività didattiche aggiuntive, per almeno 400 ore, integrative al diploma di laurea in scienze della formazione primaria (di cui all'art.3, comma 6, del D.M. del 26 maggio 1998)
 Attività didattiche aggiuntive, per almeno 400 ore, integrative al diploma di specializzazione all'insegnamento secondario (di cui all'art.4, comma 8, del D.M. del 26 maggio 1998)
 Corso handicap 800 ore (di cui al D.M. 20 febbraio 2002)
 Corso di specializzazione alle attività didattiche di sostegno (di cui al D.M. 30 settembre 2011)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL' AQUILA

Area servizi studenti e post lauream
Segreteria Scuole di Specializzazione e TFA

3. SERVIZIO PRESTATO NELLE ISTITUZIONI DEL SISTEMA NAZIONALE DI ISTRUZIONE NELLA SPECIFICA CLASSE DI CONCORSO E/O IN CLASSE AFFINE

3a. N. ____ giorni nella classe di abilitazione A _____

Ufficio Scolastico Regionale di riferimento _____

3b. N. ____ giorni nella classe di abilitazione A _____

Ufficio Scolastico Regionale di riferimento _____

3c. N. ____ giorni nella classe di abilitazione A _____

Ufficio Scolastico Regionale di riferimento _____

3d. N. ____ giorni nella classe di abilitazione A _____

Ufficio Scolastico Regionale di riferimento _____

3e. N. ____ giorni nella classe di abilitazione A _____

Ufficio Scolastico Regionale di riferimento _____

DATA

FIRMA
