Spett.le   
Segreteria Ist. Scol.  
…………………………….

…………………………

Luogo e data,

Oggetto : Corso di formazione per docenti non specializzati   
 Autocertificazione dell’attività individuale

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………….. docente presso l’Istituto Scolastico ………………………………………………..di ……………………………………. nell’ambito del percorso formativo di cui alla Nota Miur AOOUSPVE n. 1021 del 30.01.2017 che si è svolto sul territorio della Città Metropolitana di Venezia nel periodo febbraio/giugno 2017

DICHIARA

di aver approfondito e sviluppato come previsto le tematiche proposte in sede formativa attraverso

* 4 ore di attività dedicata allo studio e approfondimento personale sul profilo specifico di disabilità;
* 4 ore di attività dedicata alla ricerca e sperimentazione (elaborazione di strumenti di lavoro e stesura di documenti);
* 4 ore di attività di confronto all’interno dell’Istituzione Scolastica di appartenenza relativamente alla tematica dell’inclusione.

Dichiara inoltre di aver consegnato i tre elaborati richiesti al Dirigente Scolastico o al Docente referente/coordinatore per i processi di inclusione dell’Istituto stesso.

In fede.

Firma

A cura della Segreteria Scolastica la registrazione dell’avvenuta consegna sul sito di Sharepoint.

Si ringrazia anticipatamente per la preziosa collaborazione.