



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Formazione Insegnanti e
Formazione Internazionale

**MODULO PREFERENZA SEDE DI SVOLGIMENTO ATTIVITA' DI TIROCINIO
DIRETTO* - PERCORSI FORMATIVI INIZIALI E DI ABILITAZIONE PER LA
SCUOLA SECONDARIA - 36 CFU**

Il sottoscritt _____
Nat _____ a _____ Prov _____ il _____
CF _____ Tel _____
e-mail _____
matricola n. _____

Iscritt _____ per l'anno accademico 2024/2025 al **Percorso formativo iniziale e di abilitazione per la scuola
secondaria 36 CFU** per la classe (croettare la voce di interesse):

- CLASSE A18 – FILOSOFIA E SCIENZE UMANE
- CLASSE A20 - FISICA
- CLASSE A22 - ITALIANO, STORIA, GEOGRAFIA NELLA SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO
- CLASSE AB24 - LINGUA E CULTURA STRANIERA-INGLESE
- CLASSE AC24 - LINGUA E CULTURA STRANIERA - SPAGNOLO
- CLASSE A26 - MATEMATICA
- CLASSE A27 - MATEMATICA E FISICA
- CLASSE A28 - MATEMATICA E SCIENZE
- CLASSE A47 - SCIENZE MATEMATICHE APPLICATE
- CLASSE A50 - SCIENZE NATURALI, CHIMICA E BIOLOGIA

DICHIARA

Di indicare come sedi per lo svolgimento delle attività di tirocinio i seguenti Istituti/Scuole, in ordine di preferenza (*max. 2*)

1) **Nome Istituto Comprensivo** _____



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Formazione Insegnanti e
Formazione Internazionale

Via /Piazza _____

Città _____ Prov _____

CAP _____ e-mail istituzionale _____

PEC _____

Telefono _____

Codice Meccanografico _____

Codice Fiscale e/o P.IVA (obbligatorio) _____

IBAN (obbligatorio) _____

Sede effettiva del tirocinio (nome scuola, se differente dai riferimenti dichiarati

precedentemente): _____

Indirizzo Scuola _____

PEC _____

E-mail istituzionale _____

Telefono _____

NOMINATIVO TUTOR SCOLASTICO **

2) Nome Istituto Comprensivo _____

Via /Piazza _____

Città _____ Prov _____

CAP _____ e-mail istituzionale _____

PEC _____

Telefono _____

Codice Meccanografico _____

Codice Fiscale e/o P.IVA (obbligatorio) _____

IBAN (obbligatorio) _____



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Ufficio Formazione Insegnanti e
Formazione Internazionale

Sede effettiva del tirocinio (nome scuola, se differente dai riferimenti dichiarati

precedentemente): _____

Indirizzo Scuola _____

PEC _____

E-mail Istituzionale _____

Telefono _____

NOMINATIVO TUTOR SCOLASTICO **

Il presente modulo dovrà essere restituito esclusivamente tramite il servizio di SOS.

Saranno accettati solo moduli in formato .pdf (è possibile convertire il presente file in formato word per la compilazione), correttamente compilati e chiaramente leggibili.

Data ____/____/____

Firma*** _____

*Si ricorda che il tirocinio diretto prevede un totale di 120 ore corrispondenti a 10 CFU/CFA (12 ore per cfu).

**Si ricorda che i/le tutor dei/delle tirocinanti, ai sensi del D.M. 256/2023, sono individuati/e e nominati/e dai/dalle dirigenti scolastici/che o dai/dalle coordinatori/rici didattici/che delle istituzioni scolastiche ricomprese negli elenchi istituiti e aggiornati dagli Uffici Scolastici Regionali tra i/le docenti confermati/e in ruolo o, per le istituzioni paritarie, con contratto a tempo indeterminato. Al fine dell'individuazione di tali docenti si dovrà tener conto del requisito di almeno cinque anni di servizio d'insegnamento.

*** La dichiarazione dovrà essere sottoscritta con firma autografa o digitale