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 - 60 CFU

___l___ 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 60 CFU** per la classe (indicare 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**_____

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 180 ore corrispondenti a 15 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