

DOMANDA di ISCRIZIONE
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI
SOSTEGNO PER ALUNNI CON DISABILITÀ

Questa domanda va presentata in Segreteria studenti

PROT. N° _____

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ Prov. _____

il ___/___/_____ CF _____ residente a _____ Prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

consapevole che ai sensi del Decreto ministeriale 30 settembre 2011 allegato C le attività formative devono essere espletate in non meno di 8 mesi; il tirocinio diretto - 150 ore - presso le istituzioni scolastiche è da espletarsi in non meno di 5 mesi (come da Allegato B); non è previsto il riconoscimento di crediti formativi per i laboratori e per il tirocinio; le assenze sono accettate nella percentuale del 10% di ciascun insegnamento e dovranno essere recuperate tramite attività on-line; per il tirocinio e i laboratori vige l'obbligo integrale di frequenza delle attività previste senza riduzioni né recuperi; per gli insegnamenti/laboratori/tirocinio diretto e indiretto non è possibile utilizzare la formazione on-line o blended.

di essere iscritto/a per l'anno accademico 2014-2015 al Corso di specializzazione per le attività di sostegno per alunni con disabilità per la:

Scuola Infanzia; Scuola Primaria; Scuola secondaria I grado; Scuola secondaria II grado

DICHIARA

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali

di non essere contemporaneamente iscritto per l'anno accademico 2014-2015 a:

1. dottorato di ricerca;
2. percorso di specializzazione sul sostegno;
3. percorso di perfezionamento in CLIL;
4. Master;
5. corso di laurea.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/2003 e successive modifiche.

Roma,

Firma dello studente

A tal fine allega

- n. 2 fototessera;
- copia di un documento valido di identità;
- copia del codice fiscale;
- Certificato di abilitazione
- Ricevuta di versamento di € 1000,00 quale I rata (non rimborsabile) da versare mediante bonifico bancario a favore di **LUMSA - UBI - Banca Popolare di Bergamo - Codice IBAN IT 56 E 05428 03208 00000005620** - nella causale specificare Nome e Cognome e Sostegno Infanzia oppure Sostegno Primaria oppure Sostegno Secondaria I grado oppure Sostegno Secondaria II grado

COGNOME _____

NOME _____

Prot. n. _____

PER RICEVUTA

Data e timbro Segreteria Studenti

Segreteria studenti LUMSA- via delle Fosse di Castello n. 7 - 00193 Roma Tel. 06.68422.501-566-510 Fax 06.68422504 Email:
segreteria@lumsa.it