****

CMFD - Centro Multidisciplinare di Ateneo per la Formazione dei docenti

 Area Servizi alla Didattica e Ricerca

Ufficio Programmazione e Gestione Offerta Formativa Post-Laurea

**ALLEGATO A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CFU**

**ai fini del riconoscimento crediti nei percorsi universitari di formazione iniziale e abilitazione dei docenti di posto comune delle scuole secondarie di primo e secondo grado ai sensi del D.P.C.M. 4 agosto 2023**

La/Il sottoscritta/o nata/o il a PROV ( \_\_ ), Residente in via

Codice Fiscale Immatricolata/o alla classe di abilitazione Recapito email:

**DICHIARA**

* Di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 dpr 445/2000.
* Di essere consapevole che la corretta compilazione e caricamento del presente allegato è criterio di valutazione ed eventuale esclusione dalle procedure di riconoscimento crediti formativi universitari (CFU) nei percorsi 60 CFU ai sensi del bando per l’accesso ai percorsi di formazione iniziale dei docenti delle scuole secondarie di I e II grado a.a. 2023-2024.

**CHIEDE**

Il riconoscimento crediti per la Classe come di seguito specificato:

* N. CFU di tirocinio diretto. Si ricorda che per il Percorso 60 CFU il limite massimo richiedibile è di 5 CFU:

|  |
| --- |
| **RICONOSCIMENTO TIROCINIO DIRETTO MEDIANTE TIROCINIO TFA SOSTEGNO** |
| **Ciclo e a.a.** | **Università** | **Grado di istruzione** | **Numero crediti acquisiti** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TITOLI DI SERVIZIO PER TIROCINIO DIRETTO** |
| **Tipologia di contratto (tempo indeterminato/tempo determinato)** | **Classe di concorso****(per il sostegno indicare SOS)** | **Ordine e grado di istruzione** | **Istituzione scolastica** | **Data inizio servizio** | **Data fine servizio** | **Numero giorni** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Spazio riservato alla Commissione** |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_