|  |  |
| --- | --- |
| **DA COMPILARE A CURA DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA**  **- Denominazione della Scuola -**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **- Estremi di acquisizione della Dichiarazione -**  **Prot. n.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Autodichiarazione percorso di specializzazione tfa sostegno**

**ANNO accademico 2021/2022**

*(da inoltrare per il tramite della scuola di servizio)*

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| Nato/a | Prov. |
| il |  |
| residente a | Prov. |
| Via | Cap. |

***ORDINE DI SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, di **aver iniziato la frequenza al corso** di specializzazione per il conseguimento del titolo di sostegno agli alunni con disabilità (TFA)..…….. *(indicare il ciclo)* previsto dal DM n, ……….……. del ……….…….………..

La frequenza del corso è iniziata in data ……………. presso l’università ……………………………………….. e terminerà ……………………….. *(indicare la data presumibile per il conseguimento del titolo).*

Data ………………………………….

…………………………………………..

Firma

|  |
| --- |
|  |