Mod. B

**PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ**

**A.A. 2019-2020**

**PROGETTO DI TIROCINIO**

**Obiettivi e modalità**

*Il Progetto di tirocinio costituirà parte integrante della relazione finale del Percorso di formazione inerente all’esperienza professionale svolta (Art. 9 comma 3 lettera b del DM 30 settembre 2011)*

**(a cura del Tirocinante con la supervisione del Tutor del Tirocinante e del Tutor supervisore del Tirocinio)**

Data, …………………………….

Firma del Tirocinante: ……………………………………………………….…………………..

Firma del Tutor del Tirocinanti …………………………………….……………..…………….

Visto: Il Dirigente scolastico Visto: Il Direttore del Corso