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

**All.2**

**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. |
| n. cell. |  |

**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 ………………………………………..

Il corso avrà durata presumibilmente ……………. e terminerà ……………………….. *(indicare la data presumibile per il conseguimento del titolo)*

Data ………………………………….

…………………………………………..

Firma

|  |
| --- |
|  |