

Marca da bollo assolta in modo virtuale

**Marca da bollo**

**€ 16.00**

AL MAGNIFICO RETTORE dell’

UNIVERSITÀ degli STUDI di UDINE

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE  
Percorsi di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità  
 A.A. 2014/2015**

**SOPRANNUMERARI**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov .\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**residente** in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**domiciliato** (*se diverso da residenza*) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere immatricolato al Percorso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità - A.A. 2014/2015 per la scuola:**

* **dell'Infanzia**
* **Primaria**
* **Secondaria di I grado**
* **Secondaria di II grado**)

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei requisiti previsti dall’art.3 del DM n°832 del 10 novembre 2014, ovvero si essere ammesso/a in soprannumero in qualità di:

* **Candidato inserito nelle graduatorie di merito del I ciclo dei percorsi di specializzazione sul sostegno, ma non collocato in posizione utile ai fini della frequenza del relativo percorso presso** 
  + l’Università degli Studi di Udine
  + l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo email segreteria Sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **candidato che per qualsiasi motivo, abbia sospeso la frequenza dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno, con il riconoscimento dei crediti già acquisiti** presso
  + l’Università degli Studi di Udine
  + l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo email segreteria Sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)

I candidati soprannumerari possono immatricolarsi trasmettendo il presente modulo all’indirizzo [formazioneinsegnanti@uniud.it](mailto:formazioneinsegnanti@uniud.it) ovvero consegnandolo di persona in Segreteria Formazione Insegnanti (via Margreth, 3 – 33100 UDINE). Al ricevimento della domanda sarà trasmesso il bollettino MAV per il pagamento della I rata di iscrizione.

**a tal fine dichiara:**

* di non essere iscritto ad altri corsi che prevedano l’acquisizione di Crediti formativi universitari
* di avere letto il Manifesto degli Studi e di essere pertanto a conoscenza delle norme ivi riportate
* di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento amministrativo

**la domanda sarà perfezionata consegnando in Segreteria entro i termini indicati nell’email di trasmissione del bollettino:**

* due foto formato tessera, delle quali una autenticata in carta semplice (nel caso di delega o di spedizione a mezzo posta della presente dichiarazione. Qualora il candidato si presenti di persona l’autentica viene fatta dalla Segreteria)
* allegato A (riconoscimento crediti)
* fotocopia di valido documento di identità, solo nel caso di delega o di spedizione a mezzo posta della presente dichiarazione.

|  |  |
| --- | --- |
| Udine, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | *firma leggibile* |



**Allegato A**

Al Comitato di Coordinamento

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CREDITI**

**(SOLO PER GLI ISCRITTI PROVENIENTI DA ALTRI ATENEI)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**(Rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a *(cognome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000),

**dichiara**

**al fine della riduzione del carico didattico**

* di aver sospeso la frequenza dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno - a.a. 2013/2014 presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver conseguito la specializzazione con la frequenza dei percorsi di specializzazione per le attività di sostegno - a.a. 2013/2014 presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**avendo frequentato / superato i seguenti corsi nelle rispettive date e con le relative votazioni in trentesimi:**

| **Attività formativa INSEGNAMENTI** | | | ***Frequenza in ore*** | ***DATA*** | ***VOTO/30*** | ***CFU*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | M-PED/03 | Pedagogia speciale della gestione integrata del gruppo classe |  |  |  |  |
| 2 | M-PED/03 | Progettazione del PDF e del PEI-Progetto di Vita e modelli di Qualità della Vita: dalla programmazione alla valutazione |  |  |  |  |
| 3 | M-PED/03 | Didattica speciale e apprendimento per le disabilità sensoriali |  |  |  |  |
| 4 | M-PED/03 | Pedagogia e didattica speciale della Disabilità Intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo |  |  |  |  |
| 5 | M-PED/03 | Didattica speciale: approccio metacognitivo e cooperativo |  |  |  |  |
| 6 | M-PED/01 | Pedagogia della relazione d'aiuto |  |  |  |  |
| 7 | M-PSI/04 | Modelli integrati di intervento psico-educativi per la disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo |  |  |  |  |
| 8 | M-PSI/04 | Psicologia dello sviluppo, dell'educazione e dell'istruzione: modelli di apprendimento |  |  |  |  |
| 9 | IUS/09 | Legislazione primaria e secondaria riferita all'integrazione scolastica |  |  |  |  |
| 10 | MED/39 | Neuropsichiatria infantile |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Udine, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | *firma leggibile* |

1. Compilare obbligatoriamente l’allegato A [↑](#footnote-ref-1)