

RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ DI TIROCINIO DIRETTO

Tirocinante _____

Tutor Tirocinio Diretto _____

Istituto sede del tirocinio diretto _____

Convenzione prot. n. _____ del ____/____/_____

Durata Tirocinio diretto: data inizio attività ____/____/_____ – data fine attività ____/____/_____

Io sottoscritto/a prof./ssa _____ docente
specializzato su attività di sostegno a tempo indeterminato presso l'Istituto

di _____

attesto che il/la tirocinante dott./ssa _____

ha svolto il tirocinio osservativo diretto, così come previsto dal piano di studi, per un totale di 150 ore.

Il/la tirocinante ha svolto la sua attività nella classe (o, nelle classi)

in cui è presente (o, sono presenti) studenti certificati (L. 104/92) con le seguenti tipologie di disabilità (specificare la natura della stessa: Fisico; Psicico; Sensoriale; Misto):

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Durante il tirocinio il/la tirocinante ha seguito le attività programmate affiancandomi, collaborando e partecipando alla progettazione e allo svolgimento delle lezioni. In particolare, si è impegnato/a nelle seguenti attività, suddivise in:

- Fase preparatoria: _____

(es.: riflessioni preliminari; socializzazione, ecc.)

- Fase dell'osservazione: _____

(es.: osservazione in aula; delle riunioni degli organi collegiali; dell'alunno; delle dinamiche relazionali; dell'organizzazione dell'istituto; dei rapporti con le famiglie e le istituzioni come ASP e Enti locali, ecc.)

