



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DELLA
BASILICATA**

**PERCORSI DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ
DI SOSTEGNO DIDATTICO AGLI ALUNNI CON DISABILITÀ
IX CICLO (A.A. 2023/2024)
ATTESTATO DI FREQUENZA LABORATORIO T.I.C.**

La/Il sottoscritta/o prof.ssa/prof. _____

attesta che

(cognome e nome del corsista)

in data _____

ha frequentato la lezione relativa al laboratorio T.I.C. per il seguente ordine e grado di scuola:

- ☐ Scuola dell'infanzia
- ☐ Scuola primaria
- ☐ Scuola secondaria di I grado
- ☐ Scuola secondaria di II grado

Firma del docente