



**Corso di formazione per il conseguimento della specializzazione per le attività di  
sostegno didattico agli alunni con disabilità  
a.a. 2024-2025 (X ciclo)  
ATTESTATO DI FREQUENZA**

La/Il sottoscritta/o prof.ssa/prof. \_\_\_\_\_

**attesta che**

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome del corsista)

in data \_\_\_\_\_

**ha frequentato la lezione del seguente insegnamento:**

	<b>Ordine di scuola</b>
<input type="checkbox"/> Didattica speciale: Approccio metacognitivo e cooperativo <input type="checkbox"/> Pedagogia della relazione d'aiuto <input type="checkbox"/> Modelli integrati di intervento psico-educativi per la disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo <input type="checkbox"/> Psicologia dello sviluppo, dell'educazione e dell'istruzione: Modelli di apprendimento <input type="checkbox"/> Legislazione primaria e secondaria riferita all'integrazione scolastica. <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile <input type="checkbox"/> Pedagogia speciale della gestione integrata del gruppo classe <input type="checkbox"/> Pedagogia e didattica speciale della disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo <input type="checkbox"/> Progettazione del PDF, e del PEI – Progetto di vita e modelli di qualità della vita: dalla programmazione alla valutazione <input type="checkbox"/> Didattica speciale e apprendimento per le disabilità sensoriali	<input type="checkbox"/> Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secondaria I grado <input type="checkbox"/> Secondaria II grado

\_\_\_\_\_  
Firma del docente