



**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 relativa al laboratorio di:

	Ordine di scuola
<input type="checkbox"/> Didattica dell'area antropologica <input type="checkbox"/> Didattica delle educazioni <input type="checkbox"/> Didattica per le disabilità sensoriali <input type="checkbox"/> Didattica speciale: Codici comunicativi della educazione linguistica <input type="checkbox"/> Didattica speciale: Codici del linguaggio logico e matematico <input type="checkbox"/> Interventi psico-educativi e didattici con disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> Interventi psico-educativi e didattici con disturbi relazionali <input type="checkbox"/> Linguaggi e tecniche comunicative non verbali <input type="checkbox"/> Metodi e didattiche delle attività motorie	Scuola primaria

Firma del docente