



**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:

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Didattica delle educazioni e dell'area antropologica<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 e sportive<input type="checkbox"/> Orientamento e progetto di vita e alternanza scuola-lavoro	<p style="text-align: center;">Ordine di scuola</p> <p style="text-align: center;">Scuola secondaria di II grado</p>
--	---

Firma del docente