

DATI PROFESSIONALI DOCENTE DI SOSTEGNO

ISTITUTO ⁽¹⁾ **Plesso/sez.staccata/sez.associata** ⁽²⁾

Nome Cognome

Comune di residenza Indirizzo Tel.....

☐ Incarico a **Tempo Indeterminato**:
☐ di ruolo sul sostegno dal/...../.....
☐ utilizzato sul sostegno per a.s. 2015/16 da cl. di Concorso

☐ Incarico a Tempo Determinato:
☐ Incarico dell'U.S.T. fino al/...../.....
☐ Incarico del D.S. fino al/...../.....

Cattedra intera ⁽³⁾: ☐

Cattedra orario ⁽⁴⁾: ☐ _____ ore ^(a) +
ore ^(b) + ore ^(b)

Part time: ☐ n° ore

CONTINUITA' NELLA STESSA SCUOLA

☐ si
☐ no

n° anni di continuità

ABILITATO/A ⁽⁵⁾ per la classe di concorso Disciplina.....

APPARTENENTE ALL'AREA:⁽⁶⁾

AD01

AD02

AD03

AD04

TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE POSSEDUTO:⁽⁷⁾

- ☐ Diploma biennale di specializzazione per minorati psicofisici
- ☐ Diploma biennale polivalente
- ☐ Diploma monovalente per minorati della vista
- ☐ Diploma monovalente per minorati dell'udito
- ☐ Diploma di specializzazione intensivo
- ☐ Diploma di specializzazione conseguito alla SSIS

(1) Indicare la denominazione dell'Istituzione scolastica.

(2) Indicare plesso e comune se diverso dalla sede principale: per gli Istituti di Istruzione Superiore indicare la tipologia e il comune della sede associata.

(3) Cattedra formata all'interno della stessa tipologia di Istituto.

(4) Cattedra formata dall'unione di spezzoni di più scuole (massimo 3 scuole su due comuni): (a) indicare la scuola di titolarità e le ore; (b) indicare la/e scuola/e di completamento e le ore.

(5) Solo per i docenti di scuola secondaria di 1° e 2° grado.

(6) Solo per i docenti di scuola secondaria di 2° grado.

(7) Barrare le voci interessate.

N.B.: IN CASO DI ASSENZA DEL DOCENTE TITOLARE O INCARICATO FINO AL 31 AGOSTO O AL 30 GIUGNO, LA SEGRETERIA AVRÀ CURA DI COMPILARE TALE SCHEDA.

Firma insegnante di sostegno

Data / /

Firma del Dirigente Scolastico