**MODULO RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI**

**Percorsi Formazione Insegnanti – a.a. 2024-2025**

**(ai sensi del DPCM 4 agosto 2023, Allegato B)**

Alla Direttrice del Teaching and Learning Center

Sapienza Università di Roma

teachinglearningcenter.sapienza@uniroma1.it

Il/la sottoscritto/a COGNOME ……………………………………………………… NOME ……………………………… nato/a a ……………………………………… (…….) e residente a …………………………………………………… (….) in via/piazza……………………………………

N° ……… CAP ………………

Codice fiscale …………………………………………

Telefono …………………………
e-mail …………………………………………………….

candidato/a al Percorso Formazione Insegnanti a.a. 2024-2025 per la Classe di Concorso ……………………….

* 60 CFU (DPCM 4 agosto 2023, All. 1)
* 30 CFU (DPCM 4 agosto 2023, All. 2)

*(barrare la tipologia di percorso pertinente)*

CHIEDE

(barrare l’opzione richiesta)

* il riconoscimento dei seguenti crediti formativi acquisiti nel corso degli studi universitari o accademici, fino a un massimo di 12 CFU (ai sensi del DPCM 4 agosto 2023, All. B, lettera B):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SSD** | **NOME INSEGNAMENTO** | **CFU** | **UNIVERSITA’ IN CUI È STATO SOSTENUTO** | **DATA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* il riconoscimento dei 24 CFU (con crediti acquisiti entro il 31 ottobre 2022 ai sensi del DPCM del 4 agosto 2023, art. 8), fino ad un massimo di 24 CFU (All. B, lettera F).

Gli esami sostenuti in questo ambito sono i seguenti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SSD** | **NOME INSEGNAMENTO** | **CFU** | **UNIVERSITA’ IN CUI È STATO SOSTENUTO** | **DATA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* il riconoscimento delle attività di tirocinio diretto e indiretto fino ad un massimo di 5 CFU (ai sensi del DPCM 4 agosto 2023, All. B, lettera C):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE ATTIVITA’ (incarichi/supplenze, etc)** | **DATA INIZIO** | **DATA FINE** | **ENTE/SCUOLA (specificare ordine e grado) PRESSO CUI HA SVOLTO L’ATTIVITA’** | **CLASSE DI CONCORSO (se pertinente)** | **ORE SVOLTE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l’effettivo riconoscimento sarà a discrezione

del Consiglio della Sezione Formazione Insegnanti e che l’ottenimento di una abbreviazione di corso, a qualunque titolo, non comporta riduzioni delle quote di iscrizione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il trattamento dei dati personali forniti e

raccolti per le finalità individuate nel presente modulo, avviene nel rispetto delle disposizioni del

Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 679 (GDPR).

Data e luogo Firma