**FORMAZIONE “IL REFERENTE COORDINATORE PER L’INCLUSIONE” Corso 2**

**CTS-NTD Biella A.S. 2016-2017**

**DICHIARAZIONE ATTIVITÁ DI FORMAZIONE**

La/il sottoscritto …………………………………………..

Docente referente inclusione presso l’istituto scolastico …………………………………………………………………. di………………………………………. (Prov……..)

**DICHIARA, sotto la propria responsabilità CHE**

ha svolto attività di esercitazioni, tutoring, pratica didattica, studio e documentazione presso l’Istituto di servizio per complessive ore 10**.**

Luogo, data

FIRMA LEGGIBILE