**FORMAZIONE DEL PERSONALE DOCENTE AI FINI DELL’INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ (LEGGE 30/12/2020 N° 178 ART.1 COMMA 961)**

**REGISTRO ORE IN AUTOFORMAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DOCENTE:** |  |
| **DATA** | **CLASSE** | **ORARIO** | **TIPOLOGIA INTERVENTO\*** | **SEDE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*attività laboratoriale con studi di caso, e/o tirocinio osservativo presso Centri specializzati**

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Dirigente

Barbara Rosini