

## REGISTRO DELLE ATTIVITA’ DIDATTICHE

## DEI PROFESSORI – RICERCATORI – DOCENTI A CONTRATTO

**CENTRO DI SERVIZI DI FORMAZIONE AVANZATA**

**PERCORSI DI FORMAZIONE INIZIALE DEI DOCENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI I E II GRADO**

**Anno Accademico**

**Insegnamento di** : …………………………………………………………………

**Classe di abilitazione** …………………………………………….

**tenuto dal/dalla prof./prof.ssa** …….......................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **n° ore** | **Argomento della lezione** | **Modalità di erogazione della didattica** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale ore |  |  |  |

IL DOCENTE

*Nella colonna Modalità di erogazione della didattica, indicare*

*P se la lezione si è svolta in presenza*

*D se la lezione si è svolta a distanza*

**ESAME FINALE DI ABILITAZIONE** (se ne è prevista la partecipazione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **NUMERO ESAMI VERBALIZZATI** | **NUMERO ORE** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ALTRE ATTIVITÀ DIDATTICHE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTIVITÀ** | **NUMERO ORE** |
| Ricevimento studenti |  |
| Tutorato |  |
| Assistenza e supervisione tesine |  |

IL DOCENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

ART. 47 DEL D.P.R. n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………

nato/a a ……………………………………. il ……………………………………………………

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia

# D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, di aver effettivamente svolto le attività didattiche annotate

nel presente registro.

.................................... .............................................. \*

Luogo e data Il dichiarante

*\* La sottoscrizione della presente dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione della stessa. In alternativa la dichiarazione può essere sottoscritta dall’interessato ed inviata a questa amministrazione corredata da copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.*

Sulla base di quanto sopra dichiarato, si attesta la regolarità dell’attività didattica svolta dal Prof./Dott. ………..…………………….

VISTO

IL COORDINATORE DEL CENTRO MULTIDISCIPLINARE

………………………………………