Prot. …….. lì, ……………

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| VISTO | il Piano straordinario di formazione riservato ai Collaboratori scolastici in materia di “***Assistenza qualificata agli alunni disabili in situazione di particolare gravità***”, di cui alla nota della Direzione Generale dell’USR Campania prot. 12489 del 01.06.2018; |
| VISTO | l’elenco dei Collaboratori scolastici che hanno preso parte all’attività di formazione in presenza ed acquisita agli atti la copia dell’attestato di partecipazione el personale in servizio presso questa istituzione scolastica |
| VISTA | l’articolazione del Piano straordinario con particolare riguardo alla fase conclusiva, |

**ATTESTA**

cheil collaboratore scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica, ha svolto le attività di **laboratorio scolastico professionale** di seguito indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GIORNO | N. ORE | **TIPOLOGIE ATTIVITA’ SVOLTE**  Es. accoglienza, assistenza, accompagnamento,  forme di collaborazione (specificare) ecc. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

N.B. Il presente modello **non è in alcun modo vincolante** per le istituzioni scolastiche che potranno **contestualizzarlo e adattarlo ad esigenze specifiche organizzative.**