

**Al Direttore del Master
Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e
Bisogni Educativi Speciali (BES). Aspetti pedagogici,
didattici e clinici – a.a. 2023/2024**

**Prof.ssa Antonella Valenti
Università della Calabria**

Oggetto: Attestazione di frequenza e completamento delle attività di tirocinio.

Si attesta che il/la Tirocinante _____, frequentante

il *Master di II Livello in Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e Bisogni Educativi Speciali (BES). Aspetti*

pedagogici, didattici e clinici istituito dall'Università della Calabria per l'a.a. 2023-2024, dal _____ al _____

ha svolto presso

_____ le 80 ore

di Tirocinio formativo sotto la supervisione del Tutor (*indicare nome e cognome*)

ottenendo la seguente valutazione:

SUPERATO

NON SUPERATO

Data ____ / ____ / ____

Firma del Tutor di tirocinio

Il Responsabile della Struttura ospitante

(*Timbro Soggetto Ospitante*)

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse.