

# AUTOCERTIFICAZIONE

## DI PARTECIPAZIONE

*Il sottoscritto*

*dichiara di aver partecipato al corso*

**L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEI BAMBINI DEGLI  
ALUNNI DEGLI STUDENTI CON DISABILITÀ:  
NORME, BUONE PRASSI STRATEGIE, PROGETTI**

### CORSO BASE

- 19 NOVEMBRE 2024
- 25 NOVEMBRE 2024
- 5 DICEMBRE 2024
- 12 DICEMBRE 2025

DATE

**USR LOMBARDIA**

**E**

**UFFICI DI AMBITO  
TERRITORIALE**

ENTI PROMOTORI

*Dichiaro sotto mia responsabilità la veridicità e l'esattezza di quanto scritto*