

# 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 APPROFONDIMENTO

- 16 GENNAIO 2025
- 22 GENNAIO 2025
- 30 GENNAIO 2025
- 4 FEBBRAIO 2025
- 12 FEBBRAIO 2025
- 17 FEBBRAIO 2025

DATE

**USR LOMBARDIA**

**E**

**UFFICI DI AMBITO  
TERRITORIALE**

ENTI PROMOTORI

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