



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

*Scuola di Specializzazione in "Psicologia della Salute"*

**Progetto formativo di tirocinio**

Nominativo del tirocinante.....  
Nato a..... il.....  
Residente in.....C.F.....  
Laureato in Psicologia in data.....  
Iscritto all'ordine degli Psicologi della Regione ..... con il numero.....  
Anno di frequenza alla Scuola.....

Azienda/Ente ospitante.....  
Sede del tirocinio.....  
Tempi di accesso ai locali.....  
Periodo di tirocinio.....

Area di pertinenza del tirocinio:  servizio sanitario  istruzione e formazione  sociale e educativo  
 organizzazione e lavoro

Tutor designato dall'Ente.....  
Iscritto all'ordine degli Psicologi della Regione ..... con il numero .....  
e annotato all'elenco degli Psicoterapeuti in data .....  
Supervisore designato dalla Scuola.....

Obiettivi e modalità del tirocinio (max. 10 righe) secondo il Decreto ministeriale n°50 del 21/01/2019 che prevede che 60 crediti formativi vanno dedicati ad attività professionalizzanti psicoterapeutiche.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Polizze Assicurative**

- polizza Infortuni n. 77 176966426 sottoscritta con la Società Unipol Sai S.p.a.; (scadenza 31/10/2023)
- polizza RCT/RCO n. 65.176966423 sottoscritta con la Società Unipol Sai S.p.a.; (scadenza 31/10/2023)

**Obblighi del tirocinante:**

- seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante .....

Firma e timbro dell'Azienda/Ente .....