



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOLOGIA CLINICA

Progetto Formativo Attività Professionalizzanti

(Attività Intramoenia - Facoltà di Medicina e Psicologia)

Nominativo del tirocinante:

Nato a: il:

Residente a: Prov:

in via/piazza: N° CAP:

Codice Fiscale:

E-mail:

Laureato in Psicologia in data: Anno di frequenza alla Scuola:

Azienda/Ente ospitante:

Sede del tirocinio:

Periodo di tirocinio:

Tutor designato dall'Ente:

Tutor designato dalla Scuola:

Area di pertinenza del tirocinio:

- Consulenza clinica
- Servizio sanitario
- Istruzione e formazione
- Sociale ed educativo



Obiettivi e modalità del tirocinio (max 10 righe):

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

Polizze Assicurative

Gli allievi della Scuola che svolgono attività professionalizzanti nella Facoltà di Medicina e Psicologia usufruiscono dell'assicurazione inclusa nel corso di specializzazione.

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