



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

AL DIRETTORE/ALLA DIRETTRICE DI DIPARTIMENTO

Il/La sottoscritt.....

Cognome ..... Nome.....  
 Nato/a a .....Prov. .... il .....  
 Residente in Via ..... città ..... Prov ..... Tel.  
 n. .... eventuale altro recapito.....Matricola  
 ..... iscritto per l'anno accademico .....-..... al ..... anno del  
 corso di laurea magistrale indirizzo.....

CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio presso ..... dal  
 ..... al .....per un totale di ore (barrare la voce che interessa):

- 150 (6 cfu)
- 350 (14 cfu)
- 500 (20 cfu)
- Altro \_\_\_\_\_

Area (barrare la voce che interessa):

- Psicologia Clinica e di Comunità
- Psicologia dello Sviluppo (età evolutiva)
- Psicologia Generale e Sperimentale
- Psicologia Sociale e del Lavoro e delle Organizzazioni
- Altro \_\_\_\_\_

DATA.....

FIRMA.....



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

### PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

alla convenzione per lo svolgimento di attività di tirocinio e di orientamento (Rif. Convenzione stipulata in data.....)

**Nominativo del/della tirocinante** (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Attuale condizione (barrare la casella – possibilità di doppia scelta):

- Studente/studentessa Corso di Laurea in: \_\_\_\_\_
- Dottorato di ricerca in: \_\_\_\_\_
- Master in: \_\_\_\_\_

barrare se trattasi di soggetto portatore/portatrice di handicap si

no

#### Soggetto Ospitante

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo della Sede Legale \_\_\_\_\_

Indirizzo della sede di svolgimento del tirocinio (solo se diverso da quello della sede legale)

\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Settore di inserimento \_\_\_\_\_

Durata del tirocinio: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(con possibilità di proroga entro i limiti massimi previsti dalla normativa vigente)

Tempi di accesso ai locali aziendali: dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ giorni alla settimana.

Ore settimanali previste: \_\_\_\_\_ Numero totale di ore da svolgere \_\_\_\_\_ Totale crediti CFU previsti \_\_\_\_\_

**Tutor universitario (cognome e nome)** \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**Tutor aziendale (cognome e nome)** \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

#### Polizze assicurative:

- Posizione INAIL: Copertura assicurativa “in conto Stato”
- Copertura assicurativa per rischio responsabilità civile terzi (Responsabilità Civile verso terzi e Prestatori d'opera): Compagnia assicurativa AXA N. 406919121
- Copertura assicurativa per rischio infortuni cumulativa: Compagnia AXA N. 406920630



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

**Obiettivi del tirocinio ai sensi del D.I. 654/2022 (barrare la voce di interesse ed illustrare brevemente le modalità):**

- Valutazione del caso

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Uso appropriato degli strumenti e delle tecniche psicologiche per la raccolta delle informazioni

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Analisi del caso e del contesto

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Predisposizione di un intervento professionale teoricamente fondato e basato sulle evidenze

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Valutazione di processo e di esito dell'intervento

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Redazione di un report

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Restituzione a paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

- Stabilire adeguate relazioni con paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Stabilire adeguate relazioni con i colleghi

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

- Comprensione dei profili giuridici/etico/deontologici della professione, nonché dei loro possibili conflitti

Osservazione/affiancamento/partecipazione a:.....  
.....  
.....  
.....

Facilitazioni previste: \_\_\_\_\_

**Obblighi del tirocinante:**

- Seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi su qualsiasi esigenza di tipo organizzativo ed altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni e conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti, acquisiti durante e dopo lo svolgimento del tirocinio;
- Rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, nonché le misure di prevenzione e di emergenza adottate dal soggetto ospitante e tutto quanto prescritto dal Soggetto Ospitante o dal Soggetto Promotore ai sensi dell'art. 3 della Convenzione in attuazione del D. Lgs n. 81/2008;

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.**

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi dell'Aquila. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: protocollo@pec.univaq.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@strutture.univaq.it; PEC: protocollo@pec.univaq.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattata invece la segreteria didattica del Dipartimento. Agli interessati competono i diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <https://www.univaq.it/include/utilities/blob.php?item=file&table=allegato&id=item=file&table=allegato&id=177>

**TRASFERIMENTO VERSO PAESI EXTRA UE:** Il trasferimento dei dati personali raccolti per il perseguimento delle attività di tirocinio curriculare verrà effettuato nei confronti del Paese extra UE ove nei suoi confronti sia stata adottata una decisione di adeguatezza di cui agli artt. 44 e 45 Regolamento UE 2016/679. Ove non sussista tale decisione di adeguatezza, il trasferimento dei dati personali verso un Paese extra UE sarà effettuato al momento della presentazione della candidatura attraverso lo specifico bando, solo a seguito del rilascio dell'esplicito consenso dell'interessato di cui all' art. 49, comma 1 del Regolamento UE 2016/679.

**N.B.** "L'attività di tirocinio, svolta in presenza presso terzi, potrà avvenire adottando le seguenti misure: - Valutazione delle condizioni di diffusione del contagio nell'area ove deve essere svolta l'attività; - Coordinamento con il soggetto ospitante per verificare le misure di prevenzione e protezione anti-COVID ivi adottate."

Firma presa visione ed accettazione del contenuto del presente progetto da parte di:

Il/La tirocinante (Firma) \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

*Università degli Studi dell'Aquila*

La Direttrice del Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

Prof.ssa Francesca Zazzeroni (Timbro e Firma) \_\_\_\_\_

Il/La Tutor universitario/a (Firma): \_\_\_\_\_

*Il Soggetto Ospitante*

L'Ente Azienda Il/La Responsabile (Firma) \_\_\_\_\_

Il/La Tutor del Soggetto Ospitante (Firma): \_\_\_\_\_

Altro Responsabile (Firma) \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DELL'AQUILA



DISCAB  
Dipartimento di Scienze  
Cliniche Applicate  
e Biotecnologiche

## AUTOCERTIFICAZIONE DEL TUTOR PSICOLOGO (ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
dichiara:

1) di essere iscritto/a alla sezione A dell'Albo degli Psicologi della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> n. iscrizione \_\_\_\_\_

2) di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare disposto  
dall'Ordine degli Psicologi;

3) di svolgere la propria attività secondo l'art. 1 della legge 56 del 1989 presso

\_\_\_\_\_  
(Via \_\_\_\_\_ – città \_\_\_\_\_) a decorrere dal \_\_\_\_\_  
in qualità di psicologo/a (**indicare se dipendente/convenzionato/collaboratore**) per n. \_\_\_\_\_ ore  
settimanali<sup>2</sup>.

Il/La sottoscritto dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 di impegnarsi ad assumere massimo **5**  
**tirocinanti** in carico per il periodo di svolgimento del tirocinio, supervisionati in relazione a  
tematiche \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
Il Tutor

Visto:  
l'Ente/Struttura/Azienda

\_\_\_\_\_  
Il Responsabile

<sup>1</sup> L'anzianità di iscrizione all'Albo non può essere inferiore a 3 anni.

<sup>2</sup> Il rapporto di dipendenza, collaborazione o consulenza non può essere inferiore alle 15 ore settimanali.