



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 aProv. il
 Residente in Via città Prov.
 Tel. n. eventuale altro recapito
 Matricola iscritto per l'anno accademico-..... al anno
 del corso di laurea triennale

CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio presso¹
 dal al per un totale di ore 250 (10 cfu).

DATA.....

FIRMA.....

¹ E' possibile utilizzare tutte le convenzioni in elenco, sia pre che post lauream, ma l'approvazione dei singoli progetti di tirocinio è vincolata inderogabilmente alla presenza nell'organico delle strutture di un tutor psicologo che soddisfi i requisiti stabiliti dalla normativa.



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:

Modalità:

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

Il/La tirocinante (Firma) _____

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

Il/La Legale Rappresentante (Timbro e Firma) _____

Il/La Tutor del Soggetto Ospitante (Firma): _____



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
_____ ² 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
settimanali³.

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 Legale

² L'anzianità di iscrizione all'Albo non può essere inferiore a 3 anni.

³ Il rapporto di dipendenza, collaborazione o consulenza non può essere inferiore alle 15 ore settimanali.