



DOMANDA DI TIROCINIO POST LAUREAM

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
laureato in (*indicare corso di
laurea e indirizzo*) in data

CHIEDE

di essere ammesso/a al tirocinio professionalizzante, ex D.M. 239/92, del (barrare il semestre):

PRIMO SEMESTRE Dal 15 marzo/settembre _____ al 14 settembre/marzo _____
(barrare il mese che non interessa)

SECONDO SEMESTRE Dal 15 marzo/settembre _____ al 14 settembre/marzo _____
(barrare il mese che non interessa)

Per un totale di ore _____

Azienda/Ente _____

Tutor: Dott./ssa _____

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

DATA.....

FIRMA.....

Si allega:
Progetto formativo tirocinio post lauream



PROGETTO FORMATIVO TIROCINIO POST LAUREAM

NOMINATIVO DEL TIROCINANTE

COGNOME _____ NOME _____ MATRICOLA _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE IN _____

VIA _____ C.A.P. _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____ LAUREATO IN DATA _____

CORSO DI LAUREA _____

INDIRIZZO: _____

SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP SI NO

AZIENDA OSPITANTE _____

SEDE DEL TIROCINIO (CITTA') _____

INDIRIZZO (VIA E CITTÀ) _____

TEMPI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI _____

PERIODO DEL TIROCINIO N. MESI _____ DAL _____ AL _____

TUTORE UNIVERSITARIO _____

TUTORE AZIENDALE (PSICOLOGO) _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA REGIONE _____ MATR. N. _____ DAL _____

Area del tirocinio (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

POLIZZE ASSICURATIVE: - INAIL gestione per conto" (art. Art. 2 D.P.R.N. 156 del 9.04.1999 e DM 10.10.1985)

POLIZZA RCTO (Responsabilità Civile verso terzi e Prestatori d'opera) Compagnia assicurativa AXA N. 406919121

POLIZZA INFORTUNI Compagnia AXA N. 406920630



OBIETTIVO 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 all'attività di ricerca dell'Ente/Azienda, acquisiti durante e dopo lo svolgimento del tirocinio;
- Rispettare i regolamenti Aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
- Inviare alla segreteria amministrativa didattica del Dipartimento, mensilmente, le presenze effettive presso l'Azienda rilevate da una scheda che viene consegnata dall'Azienda stessa all'atto della compilazione del presente Progetto.

I dati identificativi raccolti con la sottoscrizione del presente modulo saranno trattati nel rispetto dei principi e delle disposizioni contenuti nel **D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**

L'Aquila, _____

Il Tirocinante: _____

Firma per visione e accettazione del tirocinante _____

Università degli Studi dell'Aquila

Il Tutor: _____

Firma _____

IL Tutor Aziendale: _____

Firma: _____

L'Ente/Azienda

Firma: _____

La Direttrice del Dipartimento

Prof.ssa Francesca Zazzeroni

Firma: _____