

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' AD ACCOGLIERE TIROCINANTI PSICOLOGI

**Compilare in stampatello e consegnare all'Ufficio Tirocini della Facoltà di Medicina
Psicologia – Area Psicologica - presso Via Dei Sardi, 71 – 00185 Roma.
entro e non oltre i periodi 1-31 Maggio e/o 1-30 Novembre**

Io sottoscritto.....Responsabile dell'Azienda/Ente

.....Con sede legale incap.

Via

Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede operativa sita in Viacap.

Tel fax

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa

E-Mail

Ove fossero presenti altre sedi operative, si prega di compilare l'allegato 1.

**SI RICORDA CHE IL TUTOR DEVE ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE
DEGLI PSICOLOGI DA ALMENO TRE ANNI**

- ☐ Dichiaro che presso la nostra struttura lavora in qualità di Psicologo/a iscritto/a all'Albo professionale con contratto a tempo..... il/la

Dott/Dott.ssa

Nato/a il..... A

Iscritto/a all'Albo professionale della Regione

Nell'anno n. iscrizione

Firma.....

Al/alla quale possono essere affidate le relative funzioni di supervisore del tirocinio.

Ove fossero presenti più psicologi iscritti all'Albo professionale , si prega di compilare l'allegato 2.

PROGRAMMA DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE:

**OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI DEL TIROCINIO
PROFESSIONALIZZANTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**METEDOLOGIE E STRUMENTI DA APPRENDERE DURANTE IL
TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPETENZE DA ACQUISIRE DURANTE IL TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nel caso di Enti privati allegare a detta dichiarazione

1. L'atto costitutivo dell'ente (**la cui costituzione deve risalire ad almeno tre anni**).
2. Materiale illustrativo (depliant, brochure, ecc) delle attività svolte dall'Ente negli ultimi tre anni.
3. Descrizione delle attività svolte dall'ente.
4. **Nel caso di Scuole o Istituti di formazione** anche espressa dichiarazione che i tirocinanti non potranno partecipare a corsi di formazione a pagamento.

Io sottoscritto autorizzo l'Ufficio Tirocini della Facoltà di Medicina e Psicologia –Area Psicologica- dell'Università degli Studi di Roma “La Sapienza” a inserire e conservare nella Vostra banca dati tutti i dati contenuti nel presente modulo (L. 675 1996 e successive integrazioni e modifiche).

Io sottoscritto mi assumo la responsabilità relativa alla veridicità di tutti i dati inseriti nel modulo.

Data

Timbro e Firma del Responsabile

ALLEGATO 1

- o Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Viacap

Tel fax

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa

E-Mail

- o Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Viacap

Tel fax

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa

E-Mail

- o Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Viacap

Tel fax

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa

E-Mail

ALLEGATO 2

Dott/Dott.ssa

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione

Nato/a il..... A

Nell'anno n. iscrizione

Dott/Dott.ssa

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione

Nato/a il..... A

Nell'anno n. iscrizione

Firma.....

Dott/Dott.ssa

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione

Nato/a il..... A

Nell'anno n. iscrizione

Firma.....

Dott/Dott.ssa

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione

Nato/a il..... A

Nell'anno n. iscrizione

Firma.....

Ai quali possono essere affidate le relative funzioni di supervisore del tirocinio.