UNICUSANO

Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

Rif. Convenzione_____ **stipulata in data** _____

Tirocinante (Nome e Cognome) _____

Nato/a a_____ prov._____ il _____ C.F._____

Residente a_____ Via _____n. __ prov._____ CAP___

Telefono_____ e-mail_____

Laurea: □ L-24 □ LM-51 conseguita il _____ presso l'Università _____

1° SEMESTRE: dal 15 /_____ /_____ al 14 /_____ /_____

Ente Ospitante:_____

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio): _____
Via _____ N. _____ C.A.P _____ Città _____ Prov._____
Tel: _____ E- mail PEC _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: numeri giorni a settimana _____ per numero ore giornaliere _____

Area del tirocinio, Psicologia: □ clinica; □ generale; □ sociale; □ dello sviluppo

Obiettivi e modalità del tirocinio – **Primo Semestre**: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Il Tutor designato dall'Ente: Dott./Dott.ssa _____ ***dichiara***, ai sensi del DPR 445/2000 di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione _____dall'anno _____ con numero _____ e di non seguire contemporaneamente più di 3 tirocinanti per sede e di 5 in totale.

Firma _____

UNICUSANO
Università degli Studi Niccolò Cusano - Telematica Roma

2° SEMESTRE: dal 15 /_____ /_____ al 14 /_____ /_____

Ente Ospitante:_____

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio): _____
Via _____ N. _____ C.A.P _____ Città _____ Prov._____
Tel: _____ E- mail PEC _____

Tempi di accesso ai locali aziendali: numeri giorni a settimana _____ per numero ore giornaliere _____

Area del tirocinio, Psicologia: □ clinica; □ generale; □ sociale; □ dello sviluppo

Obiettivi e modalità del tirocinio – Secondo Semestre: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Il Tutor designato dall'Ente: Dott./Dott.ssa _____ ***dichiara***, ai sensi del DPR 445/2000 di essere iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione _____dall'anno _____ con numero _____ e di non seguire contemporaneamente più di 3 tirocinanti per sede e di 5 in totale.

Firma _____

Polizze Assicurative

- *Infortuni sul lavoro: INAIL, gestione per conto dello Stato (DPR n. 156/99): n. posizione* ***020679364/97***
- *Polizza RC n. _____ stipulata con la Società UNIPOLSAI ASSICURAZIONI*

Obblighi del tirocinante:

- *seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;*
- *rispettare gli obblighi di riservatezza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio, circa i dati sensibili messi a conoscenza del tirocinante;*
- *rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia d'igiene e sicurezza.*

Data _____ Firma per accettazione del tirocinante Firma e timbro dell'Azienda/Ente

_____ _____

La Facoltà di Psicologia
per autorizzazione

VIA DON CARLO GNOCCHI, 3 – 00166 ROMA
TEL. 06.45678350 – FAX 06.45678379 – www.unicusano.it - unicusano@pec.it
P.IVA 09073721004