PROGETTO FORMATIVO INDIVIDUALE

Rif. Convenzione_____ stipulata in data _____

Il/La sottoscritto/a Dott.ssa/Dott._____

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 _____

CHIEDE AMMISSIONE AL TIROCINIO

PERIODO: dal 15 /_____ /_____

Ore tirocinio:

Ente Ospitante:_____

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

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

ALBO B: (barrare <u>una sola area psicologica</u> tra quelle indicate di seguito)

Psicologia clinica; Psicologia Generale; Psicologia Sociale; Psicologia dello sviluppo;

ALBO A: (si consiglia scelta di due aree psicologiche tra quelle indicate di seguito)

Psicologia clinica; Psicologia Generale; Psicologia Sociale; Psicologia dello sviluppo;

NB: ***Compilazione riservata al tutor supervisore. L'accettazione dei punti di seguito elencati è obbligatoria***

- ☐ Il tutor supervisore garantisce un rapporto di collaborazione continuativa con la struttura al fine di assicurare al tirocinante la corretta copertura del monte ore previsto da regolamento
- ☐ Tutte le attività saranno svolte sempre in affiancamento e sotto la supervisione del tutor
- ☐ Il tutor dichiara di non seguire contemporaneamente più di un massimo di 5 tirocinanti in totale.

Il tutor supervisore dichiara:

- ☐ non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano lo svolgimento dell'attività di tutor.
- ☐ non essere attualmente sospeso/a dall'esercizio professionale e non deve aver riportato alcun tipo di sanzione disciplinare da parte dell'Ordine negli ultimi 5 anni;
- ☐ essere in regola con le quote di iscrizione all'Ordine;
- ☐ non svolgere/avallare, in qualunque modo e a qualsiasi titolo, attività volte a favorire/incentivare l'abuso della professione e/o l'usurpazione del titolo, né iniziative che operino in tal senso;
- ☐ non concorrere a formare soggetti non psicologi (es: counselor) all'esercizio di attività che impieghino strumenti e tecniche finalizzati all'intervento sui processi mentali, con l'utilizzo di metodi propri delle scienze psicologiche, tali da configurare la potenzialità di esercizio abusivo della professione di psicologo.

Il Tutor supervisore 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 del tutor_____

Obiettivi e modalità del tirocinio: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Firma del tutor _____

Polizze Assicurative (*<u>compilazione riservata alla Segreteria Tirocini</u>*)

- *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

_____ _____

Il Preside della 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