



MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL TIROCINIO

Al Responsabile aziendale dei tirocini in psicologia

Dr. Alberto Grazioli

Io sottoscritto/a _____ matricola n. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ pec _____

Iscritto al corso di laurea _____
presso l'Università _____

Laureato in _____ presso _____

Iscritto alla Scuola di Specializzazione in _____
presso _____

Premesso che tra l'Azienda USL/AOU di Parma e l'Università/Scuola di specializzazione summenzionata intercorre una convenzione per l'effettuazione di tirocini formativi

CHIEDO DI ESSERE AUTORIZZATO

Allo svolgimento del tirocinio formativo:

Tirocinio Pratico Valutativo: 500 h - 6 mesi 750 h - 10 mesi

Tirocinio per Scuola di Psicoterapia (denominazione scuola)

Presso la struttura dell'Azienda _____

Indicativamente nel periodo dal _____ al _____

Firma del tirocinante _____

A tal fine allego:

1. Progetto formativo individuale
(per le Specializzazioni è possibile presentare il progetto della Scuola)
2. Atto di designazione di soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali
3. Eventuale modulo di autorizzazione al tirocinio presso l'Azienda USL/AOU predisposto dall'Università
4. Attestato di frequenza corso di sicurezza sul lavoro da 16 ore (per chi ne fosse già in possesso la validità è triennale)
5. Documento di identità in corso di validità
6. Certificato di idoneità alla mansione rilasciato dal medico competente dell'Azienda (per chi ne fosse già in possesso la validità è triennale)
7. Attestato di iscrizione all'Ordine degli Psicologi (solo per Scuole di Specializzazione)

Il modulo compilato in tutte le sue parti con le firme del tutor e del responsabile di servizio dovrà essere trasmesso, unitamente alla documentazione da allegare, all'attenzione del dr. Grazioli Alberto mediante posta certificata ai seguenti indirizzi pec:

Per tirocini in Azienda USL di Parma: ausldiparma@pec.ausl.pr.it

Per tirocini in Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma: protocollo@cert.ao.pr.it

DICHIARO

- Di avere preso visione del Regolamento dei tirocini di formazione ed orientamento in ambito psicologico e di accettarne il contenuto
- Di garantire il segreto su fatti e notizie dei quali verrò a conoscenza in ragione della mia presenza nei servizi
- Di avere preso visione del codice di comportamento dell'Azienda USL di Parma/Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma consultabile al link:
https://www.ausl.pr.it/comunicazione_stampa/archivio_3/codice_comportamento_avviso_partecipazione_aggiornamento_202.aspx

Luogo _____, data _____

Firma Tirocinante

Il tutor individuato è il/la dott./dott.ssa _____

tel. _____, e-mail _____

Firma del Tutor aziendale

Firma del Responsabile del Servizio
