



## PROGETTO DI TIROCINIO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

(Rif. Convenzione n° ..... Stipulata in data .....)

Nominativo del tirocinante .....e-mail.....

Nato a ..... il.....

Residente a ..... via.....

Codice fiscale.....

Barrare se trattasi di soggetto portatore di handicap: sì no

Iscritto al CdL in:  STP  Psicologia

Azienda ospitante .....

Indirizzo (sede legale) .....

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio)<sup>1</sup> .....

Tempi di accesso ai locali aziendali .....

Periodo di tirocinio n° mesi..... dal..... al.....

Tutor (indicato dal soggetto promotore) Prof.ssa Maria Chiara Passolunghi

Tutor aziendale ..... e-mail .....

Qualifica professionale  Psicologo  Altro (specificare).....

Se Altro, se non già inviato, allegare breve CV (qualifiche specifiche, master, tipo e anni di esperienze lavorative attinenti all'attività di tirocinio proposta)

Polizze assicurative:

- **Infortunati:** posizione n. 8/404324745 AXA Assicurazioni S.p.A. con scadenza 31/12/2023.
- **Responsabilità civile verso terzi:** polizza n. 113784483 GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA con scadenza il 31/12/2023



Obiettivi e modalità del tirocinio (descrizione delle attività):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Facilitazioni previste (es. mensa, alloggio, rimborso spese, ecc.):

.....

Crediti Formativi Universitari: ...../.....<sup>2</sup>

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza

(Luogo)....., (Data).....<sup>3</sup>

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante: .....<sup>4</sup>

Firma per l'ente promotore (Responsabile Tirocini dell'Area Psicologica del D.S.V.: Prof.ssa Maria Chiara Passolunghi): .....

Firma per l'Azienda: .....

Approvato dal CCdS in data: .....<sup>5</sup>

**NOTE**

<sup>1</sup> Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale del tirocinio ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso via mail a [didattica.dsv@units.it](mailto:didattica.dsv@units.it).

<sup>2</sup> Per gli studenti iscritti al CdL in Scienze e Tecniche Psicologiche il numero di CFU corrisponde a quello assegnato dal piano di studi; gli studenti iscritti al CdL Magistrale in Psicologia possono utilizzare tutti o in parte i CFU assegnati dal piano di studi (partendo da un minimo obbligatorio di 6 CFU).

<sup>3</sup> Data della presentazione della domanda (a cura del tirocinante).

<sup>4</sup> Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 il tirocinante dichiara inoltre di aver acquisito i CFU richiesti per la presentazione della corrente domanda di tirocinio come da regolamento per le attività di tipo F scaricabile alla sezione *Tirocini* del proprio Corso di Studi.

<sup>5</sup> Data dell'approvazione da parte del Consiglio del Corso di Studi (a cura della Segreteria)