



Unità di Psicologia “Gaetano Kanisza”

Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia

Trieste, _____

**Alla cortese attenzione del
Direttore della Scuola di
Specializzazione in Neuropsicologia**

Il /La sottoscritt_____ nat _ a _____

il _____ e residente a _____

in Via _____, in possesso della laurea in

_____ iscritt_ all’Ordine degli Psicologi della Regione _____

con numero _____ frequentante il _____ anno della Scuola di Specializzazione in

Neuropsicologia presso l’Università degli Studi di Trieste, Dipartimento di Scienze della Vita,

Corso di Studi in Psicologia

CHIEDE

di poter svolgere l’attività professionalizzante/tirocinio prevista per la SdS per l’a.a. _____

presso l’Ente o la Struttura (Soggetto ospitante)

con la supervisione del/della dott./dott.ssa _____

(Tutor Aziendale) abilitat_ all’esercizio della psicoterapia dal _____ e iscritt_ come

psicoterapeuta all’Ordine _____ con il numero _____,

telefono. _____ e-mail _____

Periodo di tirocinio. dal _____ al _____ durata: _____ ore.

Tempi di accesso ai locali aziendali: _____

Obiettivi e modalità del tirocinio: _____



Tutor Universitario: _____ e-mail : _____

Polizze assicurative:

- Gestione per conto dello Stato (Pat Inail 99992000) e AXA Assicurazioni SPA n. 8/404324745 con scadenza 31/12/2024
- Responsabilità civile verso terzi: AXA ASSICURAZIONI, pol. n. 7/409966378 con scadenza 31/12/2024.

Obblighi del tirocinante:

- attenersi alle disposizioni generali ed organizzative dell'Azienda / Ente;
- svolgere le attività previste dal progetto di tirocinio concordato, seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di assoluta riservatezza per quanto attiene ai dati, soprattutto sensibili, informazioni o quant'altro 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;
- frequentare l'Azienda / Ente nei tempi e con le modalità previste dal progetto di tirocinio concordato.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE DELLA VITA

Firma del Tirocinante per visione e accettazione _____

Firma e Timbro per l'Università _____

Firma e Timbro per il Soggetto ospitante _____