UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE DELLA VITA

Unità di Psicologia "Gaetano Kanisza"

Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia

Timbro della struttura

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: Prof. Paolo Bernardis e-mail : paolobernardis@units.it

Polizze assicurative:

- Gestione per conto dello Stato (Pat Inail 99992000) e AXA Assicurazioni SPA n. 412248780 con scadenza 31/12/2025.

Responsabilità civile verso terzi:

- AXA Assicurazioni Spa, pol. n. 412222617 con scadenza 31/12/2025.

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.

Firma del Tirocinante per visione e accettazione _____

Firma e Timbro per l'Università _____

Firma e Timbro per il Soggetto ospitante _____

Università degli Studi di Trieste
Dipartimento di Scienze della Vita
Segreteria Didattica di Dipartimento

Via Valerio 12/2 - I-34127 - Trieste
Edificio H3 - 1° piano
Tel/Fax +39 040 558 4220

www.units.it
dsv.units.it
didattica.dsv@units.it