

AL MAGNIFICO RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ DI PISA

**DOMANDA DI TIROCINIO POST-LAUREAM PER PSICOLOGI**

da consegnare al Coordinatore Didattico presso il Dipint – Via Savi, 10 (1° piano), Pisa – in orario di ricevimento (Mercoledì – ore 11.00-13.00 - Dott.ssa Angeliki Robessi), compilata in stampatello e in ogni sua parte

<input type="checkbox"/> I semestre	<input type="checkbox"/> Entrambi i semestri
<input type="checkbox"/> II semestre	<input type="checkbox"/> Richiesta di cambiamento di Sede

... sottoscritt... nat... a

il residente a

Via/Piazza tel.

cell. e-mail

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 dei DPR 28/12/2000, n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del DPR citato.

di essere laureato in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter svolgere il tirocinio post-lauream, ai sensi del D.M. 13/1/92 n. 239 e del D.P.R. 5/6/2001 n. 328 .

Il tirocinio avrà inizio il \_\_\_\_\_ e riguarderà la/e seguente/i area/e:

I SEMESTRE:	AREA	II SEMESTRE
<input type="checkbox"/>	.....Psicologia Generale.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	.....Psicologia Clinica.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	.....Psicologia Sociale.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	.....Psicologia dello Sviluppo.....	<input type="checkbox"/>

<b>Il tirocinio verrà effettuato presso:</b>	
<b>I SEMESTRE</b>	<b>II SEMESTRE</b>
Denominazione della Sede:	Denominazione della Sede:
Superv. Dott.	Superv. Dott.
Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) n°	Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) n°

Data Firma del/la Tirocinante  
Il/La sottoscritto/a autorizza la pubblicazione degli esiti di questa domanda ai sensi del D.L. 196/03.

Data Firma del/la Tirocinante