

ALLEGATO

All'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
UO SERVIZI TECNICO AMMINISTRATIVI DAI
pec-aoupisana@legalmail.it

OGGETTO: domanda di ammissione al TIROCINIO POST LAUREAM in Psicologia semestre 15 SETTEMBRE 2022 – 14 MARZO 2023

Il/la sottoscritto/a _____
avendo preso visione dell'Avviso Pubblico, di cui alla Delibera n. 499 del 19.05.2022

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione per l'ammissione al tirocinio in oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità, anche penale,

DICHIARA

di essere nato/a.....provincia

nazione:il.../.../.....

Codice Fiscale.....

residente a.....Provincia.....CAP.....

Via/Piazza.....n°.....

domiciliato a.....Provincia.....CAP.....

Via/Piazza..... n°.....

cell./tel.....

indirizzo posta elettronica:

indirizzo di posta elettronica certificata:

- Di essere di cittadinanza _____
- Di essere in possesso del seguente titolo di Studi conseguito c/o Ateneo

di _____ in data ___/___/___ con votazione1_____

Laurea Magistrale in Psicologia Laurea Vecchio Ordinamento in Psicologia

Di richiedere l'attivazione del tirocinio tramite l'Università di _____

Di voler effettuare il tirocinio post lauream in Psicologia nella seguente **AREA**:

Psicologia Clinica

Di esprimere preferenze verso il tirocinio da svolgersi presso :

UO Psicologia Clinica

UO Endocrinologia 1

I candidati laureandi dovranno allegare relativa dichiarazione specificando l'Università di riferimento e la data prevista per il conseguimento del titolo (NON OLTRE IL 5 settembre 2022) indicando anche l'Università prevista per il tirocinio.

Di voler effettuare il:

I semestre II semestre

Di aver già effettuato il primo semestre di tirocinio post lauream in Psicologia

presso _____

dal ___/___/_____ al ___/___/_____

nell'Area _____

(da compilare solo nel caso in cui il tirocinio richiesto sia riferito al secondo semestre)

- Di allegare alla presente domanda fotocopia documento di identità in corso di validità;
- Di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana ai sensi della normativa vigente in materia.
- Dichiaro, altresì, di impegnarsi a segnalare a questa Azienda eventuali situazioni di conflitto

di interessi insorte durante lo svolgimento del tirocinio.

- Di autorizzare l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento europeo 976/2016

Data ___/___/_____

Firma _____