

marca da bollo da 16€

Al Direttore del Dipartimento di Patologia Chirurgica,
Medica, Molecolare e dell'Area Critica
Università di Pisa

DOMANDA TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO PER PSICOLOGI

Tutti i campi sono obbligatori. Scrivere in stampatello.

☐ Svolgimento del Tirocinio Pratico-Valutativo

☐ Richiesta cambio Sede

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/____ residente a _____ CAP _____

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 aver conseguito la Laurea Magistrale in Psicologia clinica e della salute classe LM-51 in data _____ presso l'Università di Pisa con voto _____/110 _____

E CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio pratico-valutativo, ai sensi della Legge n.163 dell'8/11/2021 e del D.l. n.567 del 20/6/2022

Dal ____/____/____ per ____/750 ore presso:

DENOMINAZIONE ENTE _____

Via/P.zza _____ n. _____

cap _____ città _____ prov. _____

dal ____/____/____ ore da svolgere ____/750

Tutor Dott. _____

Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) _____ n° _____

(solo nel caso in cui si scelga di svolgere il TPV in sedi diverse)

Dal ____/____/____ per ____/750 ore presso:

DENOMINAZIONE ENTE _____

Via/P.zza _____ n. _____

cap _____ città _____ prov. _____

dal ____/____/____ ore da svolgere ____/750

Tutor Dott. _____

Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) _____ n° _____

Data ____/____/____

Firma Tirocinante _____