

## ALLEGATO

All'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana  
UO SERVIZI TECNICO AMMINISTRATIVI DAI  
[pec-aoupisana@legalmail.it](mailto:pec-aoupisana@legalmail.it)

### OGGETTO: domanda di ammissione al TIROCINIO POST LAUREAM in Psicologia

Codice PL23/1

PERIODO DAL 15.07.2023 AL 14.07.2024

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

avendo preso visione dell'Avviso Pubblico, di cui alla Delibera n. 467 del 22.05.2023

### 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 votazione<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Laurea Magistrale in Psicologia  Laurea Vecchio Ordinamento in Psicologia

Di richiedere l'attivazione del tirocinio tramite l'Università di \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> I candidati laureandi dovranno allegare relativa dichiarazione specificando l'Università di riferimento e la data prevista per il conseguimento del titolo (NON OLTRE IL 31.05.2023) indicando anche l'Università prevista per il tirocinio.

- 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 \_\_\_\_\_