



Università di Pisa

Dipartimento di Patologia Chirurgica,  
Medica, Molecolare e dell'Area Critica



Ordine degli Psicologi della Toscana

## QUESTIONARIO VALUTAZIONE SEDI OSPITANTI E TUTOR per Tirocinio Pratico Valutativo in Psicologia

(si prega di scrivere in stampatello)

### STRUTTURA

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Artt. 19 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000

La struttura che si propone come sede ospitante per il Tirocinio Pratico Valutativo deve compilare il questionario in ogni sua parte, consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci. Il modulo deve essere restituito all'indirizzo: [veronica.barghigiani@unipi.it](mailto:veronica.barghigiani@unipi.it)

Denominazione struttura: .....		
Categoria: <input type="checkbox"/> ONLUS (iscritta all'Anagrafe presso l'Agenzia delle Entrate) <input type="checkbox"/> Organizzazione di volontariato iscritte nei registri istituiti dalle Regioni e Province autonome (L.266/1991) che non svolgono attività commerciali diverse da quelle marginali indicate del D.L. 25/5/1995 <input type="checkbox"/> Organizzazione non governativa (ONG) riconosciuta idonea L.49/1987 <input type="checkbox"/> Cooperativa sociale iscritta nella sezione cooperazione sociale del registro prefettizio (L.381/1991) <input type="checkbox"/> Consorzio costituito interamente da cooperative sociali <input type="checkbox"/> Società di persone s.s., s.n.c., s.a.s. <input type="checkbox"/> Società di capitali S.p.A. S.a.p.a., S.r.l., S.r.l. unipersonale <input type="checkbox"/> Fondazione privata <input type="checkbox"/> Amministrazioni dello Stato, Regioni, Comuni, loro consorzi e associazioni, Comunità montane <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....		
Indirizzo sede legale: via..... n. ....		
c.a.p. .... città ..... prov. ....		
(sito web) .....		
Tel.: .....	fax: .....	e.mail: .....
		pec: .....
Attività di natura psicologica svolte in maniera prevalente e continuativa dalla struttura: (allegare breve descrizione delle attività dell'ultimo anno in formato pdf)		
Servizi effettuati:		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Giorni di servizio/attività:		



Università di Pisa

Dipartimento di Patologia Chirurgica,  
Medica, Molecolare e dell'Area Critica



Ordine degli Psicologi della Toscana

.....  
Orari di apertura e chiusura:  
.....  
.....

Settore/i psicologico/i:  
.....  
.....

Numero di psicologi operanti in tale ruolo all'interno della struttura: .....

Tipo di collaborazione/ contratto: .....

Numero di ore di presenza degli psicologi nella struttura (min. 15 ore settimanali): .....

Attività svolte:.....  
.....

Ai fini della stipula della convenzione:

Mi impegno a comunicare tempestivamente al Dipartimento qualunque variazione rispetto ai dati dell'Ente e/o alla presenza in struttura dei tutor dichiarati all'atto della domanda.

autorizzo il Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica dell'Università di Pisa al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo e nei relativi allegati in conformità alla normativa sulla privacy.

Dichiaro di

Di aver preso visione delle "Linee di indirizzo per tirocini post laurea in regime transitorio" deliberate dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana e di rispettare i requisiti in esse contenute

essere  non essere in possesso della firma digitale in formato PADES

essere esente dal pagamento dell'imposta di bollo (e, nel caso, allego relativa documentazione)

Timbro e firma del Responsabile della struttura

\_\_\_\_\_



Università di Pisa

Dipartimento di Patologia Chirurgica,  
Medica, Molecolare e dell'Area Critica



Ordine degli Psicologi della Toscana

**TUTOR**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Artt. 19 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000

Lo psicologo che si propone per svolgere le funzioni di tutor per il Tirocinio Pratico Valutativo deve compilare il questionario in ogni sua parte, consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

nome e cognome: .....	
Tel.: .....	e.mail: .....
numero iscrizione Ordine: .....	
<input type="checkbox"/> dichiaro di essere iscritto all'Albo A dell'Ordine degli Psicologi da almeno 3 anni	
tipo di rapporto professionale (deve essere consistente e sistematico) con l'ente struttura (dipendente, collaborazione, ecc.): .....	
Formazione acquisita (laurea, specializzazione ecc.) .....	
Aggiornamento professionale con o senza ECM: .....	
Impegno orario all'interno della struttura: .....	
Su quanti e quali giorni a settimana: .....	
Per quante ore a settimana: .....	
Prestazioni effettuate/Servizi per conto della struttura: .....	
.....	
.....	
Ambito d'intervento: .....	
.....	
.....	
Ai fini della stipula della convenzione, autorizzo il Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica dell'Università di Pisa al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo e nei relativi allegati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.	

Timbro e firma del tutor  
\_\_\_\_\_