



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

Registro di tirocinio PROFESSIONALIZZANTE POST LAUREA PSICOLOGIA ALBO B

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

Corso di laurea triennale in:

Scienze psicologiche

Area di svolgimento tirocinio:

Psicologia generale e sperimentale

Psicologia sociale, del lavoro e delle organizzazioni

Psicologia clinica

Psicologia dello sviluppo

ENTE OSPITANTE IL TIROCINIO: _____

SEDE DEL TIROCINIO: _____

CODICE SEDE ENTI ACCREDITATI OPL: _____

TUTOR ENTE OSPITANTE: _____

NOME: _____

COGNOME: _____

NUMERO ISCRIZIONE ALL'ORDINE: _____

Dati del Tirocinante

Matricola n°

Cognome **Nome**



riga n°	Data	N° ore	Sede e attività svolta (indicare anche le attività previste dal progetto formativo svolte fuori dalla sede principale del tirocinio)	Firma del Tirocinante
1	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
2	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
3	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
4	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
5	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
6	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
7	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
8	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
9	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
10	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
11	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
12	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
13	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
14	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
15	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
16	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
17	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
18	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
19	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
20	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
21	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
22	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
23	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
24	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
25	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
26	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
27	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
28	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
29	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
30	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
31	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
32	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
33	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
34	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
35	.... / .... / 20....	.....	.....	.....

N° Totale ore:



riga n°	Data	N° ore	Sede e attività svolta (indicare anche le attività previste dal progetto formativo svolte fuori dalla sede principale del tirocinio)	Firma del Tirocinante
1	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
2	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
3	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
4	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
5	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
6	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
7	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
8	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
9	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
10	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
11	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
12	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
13	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
14	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
15	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
16	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
17	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
18	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
19	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
20	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
21	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
22	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
23	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
24	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
25	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
26	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
27	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
28	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
29	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
30	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
31	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
32	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
33	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
34	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
35	.... / .... / 20....	.....	.....	.....

N° Totale ore:



rig a n°	Data	N° ore	Sede e attività svolta (indicare anche le attività previste dal progetto formativo svolte fuori dalla sede principale del tirocinio)	Firma del Tirocinante
1				
2	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
3	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
4	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
5	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
6	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
7	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
8	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
9	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
10	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
11	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
12	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
13	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
14	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
15	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
16	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
17	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
18	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
19	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
20	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
21	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
22	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
23	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
24	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
25	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
26	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
27	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
28	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
29	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
30	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
31	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
32	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
33	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
34	.... / .... / 20....	.....	.....	.....
35	.... / .... / 20....	.....	.....	.....

N° Totale ore:

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante

TIMBRO ENTE



Relazione dello psicologo tutor del soggetto ospitante sulle attività di tirocinio
(valutazione sui risultati formativi raggiunti e sul grado di autonomia nell’operare nel
contesto prescelto)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data: / / 20....

Denominazione del soggetto ospitante:

Psicologo tutor del soggetto ospitante:

IMPORTANTE!: Dichiaro di aver compilato il questionario on line destinato al/alla Tutor
(<https://www.unibg.it/studia-noi/frequentare/tirocinio/tirocini-professionalizzanti>)

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante:

TIMBRO ENTE:

Valutazione del tirocinante sull’esperienza (obiettivi realizzati in relazione a quelli
indicati nel progetto di tirocinio, difficoltà registrate, supporto del docente supervisore
e del referente del soggetto ospitante, connessione tra attività di tirocinio e attività
formative svolte)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IMPORTANTE!: Dichiaro di aver compilato il questionario on line destinato al/alla
tirocinante (<https://www.unibg.it/studia-noi/frequentare/tirocinio/tirocini-professionalizzanti>)

Data: ... / / 20....

Firma del tirocinante:



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

Giudizio del docente supervisore (valutazione della capacità di analisi del tirocinante, livello di raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto di tirocinio)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data: / / 20.....

Docente supervisore:

Firma del Docente supervisore: