



Registro di tirocinio PRATICO VALUTATIVO POST LAUREA PSICOLOGIA PER ALBO A

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

(DM 567/2022)

Corso di laurea magistrale in:

- Psicologia clinica
- Clinical Psychology for Individuals, Families and Organisations

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



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



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:Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante

TIMBRO ENTE



VALUTAZIONE TUTOR ENTE OSPITANTE

La/il tutor _____
iscritta/iscritto all'Albo dell'Ordine _____
con il n. _____ dal ____/____/_____

attesta la frequenza del tirocinio

da parte dello studente/studentessa: _____
nata/nato a _____ in data ____/____/_____
proveniente dall'Università degli studi di Bergamo
per un monte ore complessivo di _____
per il periodo dal ____/____/_____ al ____/____/_____
presso l'Ente _____

VALUTAZIONE

Il libretto del Tutor vuole fornire uno strumento agile per organizzare le osservazioni e la valutazione delle competenze professionali dello/a tirocinante, esitante in un giudizio di idoneità/non idoneità per il successivo passaggio alla Prova Pratico Valutativa (PPV).

Si richiede al Tutor di fornire la sua valutazione, utilizzando la scala sotto riportata, e di indicare se e in che misura il/la tirocinante ha acquisito un livello di competenza professionale *in uno o più* dei seguenti ambiti (riportare la valutazione *solo* per gli ambiti di competenze osservati, non necessariamente per tutti) propri degli atti tipici e riservati della professione di psicologo (ai sensi dell'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56):
Ambiti delle competenze professionali degli atti tipici e riservati della professione di psicologo:

- uso di strumenti per la **prevenzione** e la **diagnosi**
- uso di strumenti per **le attività di abilitazione-riabilitazione**, di **sostegno psicologico** (rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità)
- uso di strumenti per le attività di **sperimentazione**, **ricerca** e **didattica**.

Scala di misura delle **competenze professionali**

Per niente 1	Poco 2	Abbastanza 3	Molto 4	Moltissimo 5
-------------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------------

Competenze professionali	AMBITI delle competenze professionali degli atti tipici e riservati della professione di psicologo		
	SE osservato Ambito a.	SE osservato Ambito b.	SE osservato Ambito c.
Valutazione e uso appropriato di strumenti e tecniche psicologiche			
Formulazione di ipotesi di intervento e lettura basate su argomentazioni scientifiche			
Riflessione autonoma e critica sull'esperienza			



Analisi, ascolto e connessione con il contesto e l'utenza			
Connessione tra teorie, strumenti e pratica psicologica			
Conoscenza delle implicazioni etico/deontologiche delle attività svolte			
Redazione di report e restituzione al paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione			
PUNTEGGIO	Range 1-35 Punteggio ottenuto:	Range 1-35 Punteggio ottenuto:	Range 1-35 Punteggio ottenuto:
Giudizio finale di idoneità del tirocinante	<input type="radio"/> Idoneo	<input type="radio"/> Non idoneo	

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante

TIMBRO ENTE

Si ricorda la compilazione del questionario finale alla pagina internet

www.unibg.it/terza-missione/collaborazioni-enti-e-imprese/tirocinio/tirocini-professionalizzanti

VALUTAZIONE DEL/DELLA TIROCINANTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma _____

Si ricorda la compilazione del questionario finale alla pagina internet

www.unibg.it/terza-missione/collaborazioni-enti-e-imprese/tirocinio/tirocini-professionalizzanti



GIUDIZIO DEL/DELLA DOCENTE SUPERVISORE

(chi ha approvato il progetto)

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

Bergamo il/...../.....

Docente supervisore.....

Firma docente supervisore.....

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE DEL TIROCINIO
PRATICO VALUTATIVO POST LAUREA DI
PSICOLOGIA (DM 567/2022)

Il/la Docente referente universitario Prof/Prof.ssa
(nome e cognome)

preso atto che

il/la tirocinante

Codice Fiscale.....

Matricola.....

Laureato/a presso l'Università degli studi di Bergamo

Dipartimento di:

.....

Corso di laurea in:

.....

ha svolto il tirocinio pratico valutativo post laurea in Psicologia Clinica/ Clinical Psychology
for Individuals, Families and Organisations, di 750 ore dal al

presso

acquisendo l'idoneità espressa dal tutor dell'ente ospitante,

**riconosce i 30 CFU, previsti per l'accesso alla Prova Pratico Valutativa, secondo la normativa
vigente.**

Bergamo il/...../.....

Firma docente supervisore:

.....