



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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:

24122 Bergamo, via S. Bernardino 72/e
tel. 035 2052 272 / 273 (orientamento) 275 (tirocini) 289 / 291 / 292 (placement) fax 035 2052 298
email: orientamento@unibg.it – tirocini@unibg.it – placement@unibg.it
Università degli Studi di Bergamo www.unibg.it Cod. Fiscale 80004350163 P.IVA 01612800167



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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:

24122 Bergamo, via S. Bernardino 72/e
tel. 035 2052 272 / 273 (orientamento) 275 (tirocini) 289 / 291 / 292 (placement) fax 035 2052 298
email: orientamento@unibg.it – tirocini@unibg.it – placement@unibg.it
Università degli Studi di Bergamo www.unibg.it Cod. Fiscale 80004350163 P.IVA 01612800167



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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

Utilizzando una scala da 1 a 5, il Tutor valuti in che misura il tirocinante ha acquisito un livello di competenza professionale nei seguenti ambiti dell'intervento psicologico propri degli atti tipici e riservati della professione di psicologo (ai sensi dell'articolo 1 della legge 18 febbraio 1989, n. 56):

Ambiti dell'intervento psicologico propri degli atti tipici e riservati della professione di psicologo:

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

Scala di misura delle **competenze professionali**

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
1	2	3	4	5

	AMBITI degli atti tipici e riservati della professione di psicologo		
Competenze professionali	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			
Giudizio finale di idoneità del tirocinante	Idoneo	Non idoneo	

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante

TIMBRO ENTE

VALUTAZIONE DEL/DELLA TIROCINANTE

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

Firma _____

GIUDIZIO DEL/DELLA DOCENTE SUPERVISORE

(chi ha approvato il progetto)

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

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

Docente supervisore.....

Firma docente supervisore.....



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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:

.....