

Progetto formativo di tirocinio POST LAUREAM DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche Corso di laurea magistrale in Psicologia clinica

Spazio riservato all'ufficio rif. Convenzione n°	' '	ata
Dati del Tirocinante		
Matr Cognome	Nome	
Nato ailil	Codice Fiscale	
Residenza: Via	, n, CAP, Città	
TelCell	E – mail	
Ultimo titolo di studio conseguito:		
☐ Corso di laurea triennale in ☐ Corso di laurea magistrale		
Data di laurea		
Dati del soggetto ospitante		
Denominazione:		
Sede legale: Via, n	, CAP, Città	, Prov
Codice Fiscale:		
Partita IVA		
Sede principale (*) del tirocinio: Via	, CAP, Città .	Prov
Settore di attività:		
(*) = eventuali altre sedi in cui si reche "Piano del tirocinio"	rà lo studente per lo svolgimento c	del tirocinio vanno indicate nella parte
Periodo di tirocinio post lauream (vistar	re solo il semestre a cui si riferisce	il presente progetto formativo)
☐ I° SEMESTRE Dal / 20.	Al / 20	n° ore complessive:
Impegno orario giornalierio <u>massimo</u> p	orevisto: n° ore/giorno	
□ II° SEMESTRE Dal / / 20	. Al/ 20	n° ore complessive:
Impegno orario giornalierio <u>massimo</u> pr	revisto: n° ore/giorni	



NB: Il Progetto formativo di tirocinio deve essere consegnato, in duplice copia sottoscritta in originale da tutti i soggetti interessati, <u>almeno una settimana prima dell'inizio del tirocinio</u> e unitamente alla duplice copia della Convenzione di tirocinio (quando necessaria).

	Rappresentanze sindacali e e):				te
1.1					
Spazio riserva	to all'ufficio				
Indirizzo	dell'ispettorato	del	lavoro	competente	per
territorio:					
_					
Polizze assicu	rative per Infortunio sul la	voro e RCT : a	carico del/della ti	irocinante e allegate al	presente
documento.					p. 00000
accamonto i					
Piano del tiroc	inio post lauream				
1. Obiettivi del	tirocinio				
Le attività di ti	irocinio si svolgono in uno	o due semest	ri continuativi, ris _l	pettivamente per l'iscriz	zione
all'Albo B e all'	'Albo A e devono riguarda:	re gli aspetti a _l	oplicativi di una d	elle seguenti aree*:	
□ Psicologia	a clinica		•		
•	a dello sviluppo e dell'educ	cazione			
	a generale	342.31.3			
•	a sociale, del lavoro e delle	organizzazion	ni		
	tri consecutivi devono ess			necifica	
i due semesi	in consecutivi devono ess	ere svorti ciast	sullo ili uli alea si	Decinica.	
2 Si richiama	quanto indicato in materi	a di ciourazza	o tutolo dolla cali	uto sui luoghi di lavoro	polliart 7
	ione per tirocini formativi				
	<i>nanti"</i> del documento di v	alutazione dei	rischi in merito a	ı rıscnı legati alle attıvita	a oggetto
	seguito descritte.				
	e le attività si svolgeranno	<u>o in più sedi e/</u>	<u>o se sono previs</u>	<u>te trasferte o comunqu</u>	<u> 1e attività</u>
<u>fuori sede</u>)					
0.4400 F	Jargama via C Darnardina 70/	0			



3. Modalità di s	supporto dello psico	logo tutor del sogget	to ospitante			
forme:	☐ direttive sull'attività da svolgere			☐ affiancame	ento all'attività	à da
svolgere scadenze:	□ quotidiana	□ settimanale	□ altro			
4. Attività di su	upervisione del doce	nte supervisore				
forme: supervisione scadenze:	□ colloqui	o □ e-mail quindicinali □ men		zioni telefoniche	□ gruppi	di
5. Obblighi del			O			
soggetto ospit c) Rispettare d) II/La tiroci oggetto del tir successivame Nell'eventuale inviare, almen- una comunica	ante di cui venga a li regolamenti del so nante dichiara inolti ocinio e si obbliga a nte durante il tirocin necessità di concluo 4 giorni prima dell	vatezza circa i proce conoscenza, sia dura ggetto ospitante e le re di non avere mala dichiarare lo stato d io per la necessaria v sione anticipata o in la data prevista di co referibilmente a m	ante che dopo e norme in ma attie che poss i gravidanza a verifica di com aterruzione de onclusione an	lo svolgimento de teria di igiene e si ono essere aggra al momento dell'av npatibilità con l'att I tirocinio, il tutor ticipata o interruz	el tirocinio. curezza. ivate dalle att vvio del tirocir cività svolta. supervisore c zione del tiroc	cività nio o deve cinio,
Specificare co	me è avvenuto il <u>prir</u>	<u>mo contatto</u> con il so	ggetto ospita	nte:		
□ Sportello Int	ternet 🗖 Uffic	io Stage/Docente	☐ Contatt	to personale		
Bergamo,/	/ 20					
Docente supe	rvisore:	insegna	mento			
Firma	Т	⁻ el E-r	nail			
(iscritto all'albo procedura di ri	o da almeno 3 anni) ichiesta accreditame e di aver ottenuto l'a	ante	endo la firma, o eso l'abbiname	dichiara di aver es ento all'ente di per	tinenza e alla	
N° e Data di iso	crizione all'albo:		Regione:			

Firma E-mail E-mail



Il Tirocinante sottoscrivendo il progetto autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività di stage ai sensi del D.Legisl. n. 196/2003 – Codice di protezione dei dat personali.
Firma