



Registro di tirocinio **POST LAUREAM**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

Corso di laurea triennale in :

Scienze psicologiche

Corso di laurea magistrale in :

Psicologia clinica

PRIMO SEMESTRE

SECONDO SEMESTRE

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:
(righe da 1 a 35)

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante



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:
(righe da 1 a 35)

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante



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:

Firma dello psicologo tutor del soggetto ospitante:

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)

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

Data: / / 20....

Firma del tirocinante:

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

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



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BERGAMO**

Servizio orientamento
e programmi
internazionali

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

Data: / / 20.....

Docente supervisore:

Firma del Docente supervisore: