

## DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' AD ACCOGLIERE TIROCINANTI PSICOLOGI

Compilare in stampatello e consegnare all'Ufficio Tirocini delle Facoltà di Psicologia 1 e 2 presso Via Dei Sardi, 71 – 00185 Roma.

entro e non oltre i periodi 1-31 Maggio e/o 1-30 Novembre

Io sottoscritto.....Responsabile dell'Azienda/Ente .....

.....Con sede legale in .....cap. ....

Via .....

Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede operativa sita in Via .....cap .....

Tel ..... fax .....

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il

Sig./ra Dott./Dott.ssa .....

E-Mail .....

**Ove fossero presenti altre sedi operative, si prega di compilare l'allegato 1.**

### SI RICORDA CHE IL TUTOR DEVE ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI PSICOLOGI DA ALMENO TRE ANNI

- Dichiaro che presso la nostra struttura lavora in qualità di Psicologo/a iscritto/a all'Albo professionale con contratto a tempo..... il/la

Dott/Dott.ssa .....

Nato/a il..... A .....

Iscritto/a all'Albo professionale della Regione .....

Nell'anno ..... n. iscrizione .....

Firma.....

**Al/alla quale possono essere affidate le relative funzioni di supervisore del tirocinio.**

**Ove fossero presenti più psicologi iscritti all'Albo professionale , si prega di compilare l'allegato 2.**

**Espongo in sintesi le attività che saranno oggetto di tirocinio:**

- 1).....
- ...
- 2).....
- ...
- 3).....
- ...
- 4).....
- ...
- 5).....
- ...
- 6).....
- ...
- 7).....
- ...
- 8).....
- 9).....
- ..
- 10).....

**Nel caso di Enti privati** allegare a detta dichiarazione

- 1. L'atto costitutivo dell'ente (**la cui costituzione deve risalire ad almeno tre anni**).
- 2. Materiale illustrativo (depliant, brochure, ecc) delle attività svolte dall'Ente negli ultimi tre anni.
- 3. Descrizione delle attività svolte dall'ente.
- 4. **Nel caso di Scuole o Istituti di formazione** anche espressa dichiarazione che i tirocinanti non potranno partecipare a corsi di formazione a pagamento.

**Io sottoscritto autorizzo l'Ufficio Tirocini delle Facoltà di Psicologia 1 e 2 dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" a inserire e conservare nella Vostra banca dati tutti i dati contenuti nel presente modulo (L. 675 1996 e successive integrazioni e modifiche).**

**Io sottoscritto mi assumo la responsabilità relativa alla veridicità di tutti i dati inseriti nel modulo.**

Data .....

Timbro e Firma .....

**ALLEGATO 1**

Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Via.....cap.....

Tel ..... fax .....

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa .....

E-Mail .....

Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Via .....cap .....

Tel ..... fax .....

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa .....

E-Mail .....

Dichiaro di essere disponibile ad accogliere tirocinanti psicologi pre e post lauream presso la sede

operativa sita in Via .....cap .....

Tel ..... fax .....

Sito web.....

La persona di riferimento con cui prendere contatti è il/la

Sig./ra Dott./Dott.ssa .....

E-Mail .....

**ALLEGATO 2**

Dott/Dott.ssa .....

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione .....

Nato/a il..... A .....

Nell'anno ..... n. iscrizione .....

Dott/Dott.ssa .....

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione .....

Nato/a il..... A .....

Nell'anno ..... n. iscrizione .....

Firma.....

Dott/Dott.ssa .....

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione .....

Nato/a il..... A .....

Nell'anno ..... n. iscrizione .....

Firma.....

Dott/Dott.ssa .....

Iscritto/a all' Albo professionale della Regione .....

Nato/a il..... A .....

Nell'anno ..... n. iscrizione .....

Firma.....

**Ai quali possono essere affidate le relative funzioni di supervisore del tirocinio.**