



**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

**Ripartizione Didattica e
Servizi agli Studenti
UFFICIO CAREER SERVICE**

**Campus Universitario
Ecotekne
Centro Congressi
Via Per Monteroni
73100 – Lecce (LE)**
T +39 0832 29 92 03
T +39 0832 29 92 39
T +39 0832 29 92 14
T +39 0832 29 92 37
F +39 0832 29 99 03
 Job Placement-
Università del Salento

Università del Salento
Ordine degli Psicologi Regione Puglia
PROGETTO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
..... il Residente in
C.F.....

Laureato/a in.....

in data:

chiede di essere ammesso/a al tirocinio post-lauream, sulla base del progetto come di seguito definito:

Primo Semestre:

dal 15 _____ (mese) _____ (anno)_____ al 14 _____ (mese) _____
(anno)_____

Sede del tirocinio

Via.....cap.....Luogo.....

Settore organizzativo

Tempi di accesso ai locali aziendali

Area del tirocinio

<input type="checkbox"/>	psicologia clinica
<input type="checkbox"/>	psicologia generale
<input type="checkbox"/>	psicologia sociale
<input type="checkbox"/>	psicologia dello sviluppo

Obiettivi formativi
Contenuti delle attività
Funzioni svolte dal tutor
Piano di lavoro (giorni ed orari programmati)
Criteri di verifica





**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

**RIPARTIZIONE RICERCA
UFFICIO CAREER SERVICE**

**Campus Universitario
Ecotekne
Centro Congressi
Via Per Monteroni
73100 – Lecce (LE)**
T +39 0832 29 92 03
T +39 0832 29 92 39
T +39 0832 29 92 14
T +39 0832 29 92 37
F +39 0832 29 99 03
 Job Placement-
Università del Salento

Università del Salento
Ordine degli Psicologi Regione Puglia
PROGETTO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a Nato/a a
..... il Residente in
C.F.
Laureato/a in
in data:

chiede di essere ammesso/a al tirocinio post-lauream, sulla base del progetto come di seguito definito:

Secondo Semestre:

dal 15 _____ (mese) _____ (anno) _____ al 14 _____ (mese) _____
(anno) _____

Sede del tirocinio

Via.....cap.....Luogo _____

Settore organizzativo

Tempi di accesso ai locali aziendali

Area del tirocinio

<input type="checkbox"/>	psicologia clinica
<input type="checkbox"/>	psicologia generale
<input type="checkbox"/>	psicologia sociale
<input type="checkbox"/>	psicologia dello sviluppo

Obiettivi formativi
Contenuti delle attività
Funzioni svolte dal tutor
Piano di lavoro (giorni ed orari programmati)
Criteri di verifica

Estremi delle Polizze Assicurative (a cura dell'Università del Salento)

INAIL nr . 00287210 ai sensi dell'art. 4 T.U. n° 1124/65)

Responsabilità Civile verso Terzi

- Responsabilità civile polizza n. 2015/03/2240237 – Società Reale Mutua Assicurazioni – Agenzia principale di Lecce Carofalo Silvia e Dario s.r.l. decorrenza dal 30/04/2022 al 30/04/2026
 - Polizza Infortuni Cumulativa Studenti n.1/2383/77/130864967- UNIPOL ASSICURAZIONI SPA Agenzia di Lecce Prontass s.r.l. decorrenza dal 30/04/2022 al 30/04/2026
-

Per il Soggetto Promotore
Il Rettore
(Prof. Fabio Pollice)

Per il Soggetto Promotore
Il Rettore
(Prof. Fabio Pollice)

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

Per il Soggetto Ospitante
(timbro e firma)

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

Firma del/dei tutor o del Legale Rappresentante dell'Ente/ Struttura (secondo l'organizzazione dell'Ente/Struttura ospitante)

(Primo semestre)

(Secondo semestre)

_____ , _____

Firma del tirocinante
