



**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
