



**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**

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 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**

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 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 31/12/2015 al 31/12/2019
 - Polizza Infortuni Cumulativa Studenti n.1/2383/77/130864967- UNIPOL ASSICURAZIONI SPA Agenzia di Lecce Prontass s.r.l. decorrenza dal 31/12/2015 al 31/12/2019
-

Per il Soggetto Promotore
(timbro e firma)

(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
