



**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**

Marca da
bollo 16
euro

DOMANDA DI AMMISSIONE AL TIROCINIO

Per l'accesso all'esame di Stato per la **Sezione B** dell'albo degli psicologi.

Al Magnifico Rettore
Università del Salento

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ E-MAIL _____

nato/a a _____ il _____ residente in via _____
_____ n° _____ Comune/Località _____

_____ (Prov. _____) CAP _____ tel _____ / _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

ai sensi del T.U. 445/2000 di essere in possesso della laurea in _____
_____ conseguita presso l'Università _____
_____ in data _____ con voto _____.

pertanto,

CHIEDE

Di essere ammesso/a al **tirocinio semestrale**, valido per accedere all'esame di Stato **per la sezione B** dell'albo degli Psicologi e di svolgere detto tirocinio come sotto indicato:

Il **semestre** verrà svolto:

dal _____ al _____ nella seguente area * _____

presso la struttura _____

con sede in _____ (c.a.p.) _____

alla via _____

con il seguente tutor _____

(*) a) *Settore delle tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro;*

b) *Settore delle tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità*

(L. 170/2003, art. 3 comma 1-ter e quinquies).

N.B.: si rammenta che il tirocinio ha la durata di 6 mesi continuativi e si svolge presso un'unica sede riconosciuta. Il programma di tirocinio deve corrispondere a 500 ore complessive di attività supervisionata.

Domicilio e telefono a cui inoltrare le comunicazioni:

via/piazza _____

Comune/Località _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ email _____

II/La sottoscritto/a

ALLEGA alla presente istanza la seguente documentazione (obbligatoria):

- 1) Dichiarazione sostitutiva firmata del certificato di laurea con esami
- 2) Copia di un documento di identità in corso di validità debitamente firmata,
- 3) Copia del progetto formativo

Lecce, _____

Firma del laureato

II/la sottoscritto/a ESPRIME il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ai sensi del D.L. 196/03 e successive mod., ai fini esclusivi della organizzazione e la effettuazione del richiesto tirocinio post-lauream.

Lecce, _____

Firma del laureato

Il/la sottoscritto/a DICHIARA di aver letto, compreso e di accettare le prescrizioni e gli obblighi previsti dalle convenzioni e dagli accordi intercorrenti tra Ordine ed Enti/Strutture ospitanti.

Lecce, _____

Firma del laureato

A cura della Commissione Paritetica

Nulla osta da parte della Commissione Paritetica

SI AUTORIZZA IL TIROCINIO.

_____, _____

La Commissione Paritetica
