

Ricopiare su Carta intestata Ente

(Il modulo è riservato ai soli iscritti dei CDL L39 ed LM87)

Tirocinio Studente..... matricola.....

Durata del tirocinio.....

Assistente Sociale presente nella sede operativa, in possesso dei requisiti richiesti e disponibile ad assumere il ruolo di Supervisore/Tutor di tirocinio

1) Nome e Cognome: _____

Iscrizione all'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione _____

dall'anno _____ (minimo 3 anni) con il numero _____

Rapporto di lavoro con l'Ente (*barrare la casella corrispondente*)

- Dipendente a Tempo Pieno
- Dipendente a Tempo parziale per n. ____ ore settimanali
- Convenzionato per n. _____ ore settimanali
- Con contratto di consulenza per n. _____ ore settimanali
- Collaboratore coordinato e continuativo per n. ____ ore settimanali
- Libero professionista in qualità di assistente sociale operante all'interno della struttura per n. _____ ore settimanali
- Altro _____

Attività di assistenza sociale svolte all'interno dell'Azienda/Ente nelle quali possa essere affiancato dal tirocinante supervisionato:

Ore settimanali dedicate a tali attività all'interno della sede operativa _____

Io sottoscritto, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci qui indicate, dichiaro che quanto sopra riportato corrisponde a verità e mi impegno a comunicare tempestivamente all'Ufficio Tirocini della Facoltà di Scienze Politiche qualunque variazione rispetto alla mia presenza in struttura.

Il sottoscritto autorizza l'Università degli Studi Guglielmo Marconi al trattamento dei propri dati personali in conformità al D.lgs. n. 196/2003 ("Codice Privacy") ed al Regolamento (UE) n. 679/2016 ("G.D.P.R.").

Data _____

Firma del tutor
