AL MAGNIFICO RETTORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI

GUGLIELMO MARCONI

*Domanda di Tirocinio Professionalizzante post-laurea*

*valido per l’ammissione all’Esame di Stato sezione B Albo degli Psicologi*

**(6 MESI)**

Il presente modulo è a campi compilabili. Tutti i campi in rosso DEVONO essere compilati. Al termine della compilazione è necessario stamparlo, firmarlo, scansionarlo in formato pdf ed inviarlo a tirocini@unimarconi.it

Il/La sottoscritto/a Nome e Cognome nato/a a Luogo di nascita il Data di nascita Codice Fiscale Inserire i 16 caratteri di Cod. fiscale residente Città CAP Cod. Avv. Postale Via/Piazza Indirizzo n° n° civico Indirizzo per corrispondenza Via-Città-Cap tel. Telefono fisso cell. cellulare e-mail posta elettronica

**DICHIARA**

che alla data di inizio del tirocinio risulta laureato al corso di laurea triennale in Scienze e tecniche psicologiche (L24) presso l’Università Guglielmo Marconi.

**CHIEDE**

di poter svolgere il tirocinio semestrale post-lauream di 500 ore, per l’ammissione all’esame di Stato per la Sezione B dell’Albo degli Psicologi.

**Periodo di tirocinio:** daldata di inizio anno

**Presso l’ente ospitante:** nome dell’ente

**Il tirocinio deve avere durata di sei mesi, con una frequenza minima di 105 giorni.**

**Non è possibile concludere il tirocinio anticipatamente.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/della Tirocinante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_