AL MAGNIFICO RETTORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI

GUGLIELMO MARCONI

**Domanda di Tirocinio Pratico-Valutativo**

**valido per l’accesso alla Prova Pratica Valutativa**

**per l’iscrizione all’albo A degli Psicologi**

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 attivazione del TPV**

[ ]  è iscritto al anno del corso di laurea Corso di Laurea

[ ]  è laureato al corso di laurea magistrale in Psicologia

**CHIEDE**

di poter frequentare a partire daldata di inizio il Tirocinio Pratico Valutativo per:

[ ]  ***10 CFU corrispondenti a* 250 ore (6 mesi)** [ ]  ***20 CFU corrispondenti a* 500 ore (1 anno)**

[ ]  ***30 CFU corrispondenti a* 750 ore (1 anno)** [ ] \_\_\_ ***CFU corrispondenti a*** inserire n° ore **ore (**durata in mesi**)\***

 Svolto presso:

[ ]  Unica struttura per il totale delle ore richieste presso l’ente nome ente ospitante

[ ]  Tirocinio svolto in due strutture ripartendo le ore in modo equo su ogni sede:

nome ente ospitante per numero ore

nome ente ospitante per numero ore

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma tirocinante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* La durata del TPV è semestrale fino a 19 CFU o annuale da 20 CFU in su.