

Approvato Non approvato
(compilazione a cura dell'Università)

Mod. TIR/Sez. A

Marca da bollo
Euro 16.00

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

DOMANDA DI TIROCINIO POST-LAUREAM PER PSICOLOGI

I semestre Entrambi i semestri
 II semestre Richiesta di cambiamento di Sede

... sottoscritt... _____ nat... a _____
il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 dei DPR 28/12/2000, n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del DPR citato.

di essere laureato in _____
il _____ presso l'Università di _____ con voti _____

CHIEDE

di poter svolgere il tirocinio post-lauream, ai sensi del D.M. 13/1/92 n. 239 e del D.P.R. 5/6/2001 n. 328 .
Il tirocinio avrà inizio il _____ e riguarderà la/e seguente/i area/e:

I SEMESTRE:	AREA	II SEMESTRE
<input type="checkbox"/>Psicologia Generale.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>Psicologia Clinica.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>Psicologia Sociale.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>Psicologia dello Sviluppo.....	<input type="checkbox"/>

Il tirocinio verrà effettuato presso:

I SEMESTRE
Denominazione della Sede: _____
Superv. Dott. _____
Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) _____ n° _____

II SEMESTRE
Denominazione della Sede: _____
Superv. Dott. _____
Iscrizione Albo Psicologi della (Regione/Provincia) _____ n° _____

Data _____ **Firma del/la Tirocinante** _____

Il/La sottoscritto/a autorizza la pubblicazione degli esiti di questa domanda ai sensi del D.L. 196/03.

Data _____ **Firma del/la Tirocinante** _____

N.B. La domanda, da consegnarsi alla Segreteria Tirocini della Scuola di Psicologia (Via della Torretta, 16) assieme agli allegati previsti, deve essere compilata in stampatello e in ogni sua parte.