

**AUTODICHIARAZIONE DEL TUTOR PSICOLOGO**  
**(ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione/Provincia  
\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_,  
in qualità di psicologo/a presso \_\_\_\_\_  
Tutor del/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ per il periodo  
\_\_\_\_\_ ai sensi del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

**che il numero dei tirocinanti seguiti in contemporanea non è maggiore di 3**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

*Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.*

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
Il Tutor