

ALLEGATO A

DENOMINAZIONE ENTE:

INDIRIZZO

TELEFONO.....FAX.....

E-MAIL.....

Si dichiara che il/la Dott.....

Laureato/a in

il presso l'Università degli Studi di.....

È autorizzato/a a effettuare il tirocinio ai sensi del *D.M. 13/1/92 n. 239* e del *D.P.R. 5/6/2001 n. 328* presso questo Ente **per il periodo:**

- 15 marzo – 14 settembre dell'anno
- 15 settembre – 14 marzo degli anni /

Nell'area:

- Psicologia Generale
- Psicologia Clinica
- Psicologia Sociale
- Psicologia dello Sviluppo

sotto la **supervisione** del Dott.....

(Iscritto all'Albo Professionale degli Psicologi della Regione/Provincia)

n.....

Il Supervisore**Il Responsabile dell'Ente**
(timbro e firma)

Data.....

N. B. : Si prega di compilare il modulo, a cura dell'Ente, in ogni sua parte e in maniera leggibile.

Si ricorda che i due semestri devono permettere lo svolgimento di esperienze diverse e, pertanto, devono essere effettuati presso strutture differenti (ad eccezione della ASL), in aree diverse e con diversi supervisori. Non è altresì possibile svolgere due semestri di tirocinio all'interno di Dipartimenti universitari anche se diversi tra loro (*art. 13 - Convenzione tra Università degli Studi di Firenze – Facoltà di Psicologia e Ordine degli Psicologi della Toscana in ordine alle attività di tirocinio previste per l'iscrizione alla sezione A dell'Albo*)