**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 \_\_\_\_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (sia studenti che laureati) che svolgono il Tirocinio Pratico Valutativo (TPV) da me seguiti in contemporanea non è maggiore di 5 (cinque), considerando tutte le Università di provenienza dei tirocinanti e tutte le Sedi in cui opero**

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***

***(In alternativa può essere inviata la presente dichiarazione con allegato il documento di identità direttamente alla Scuola di Psicologia tramite PEC all’indirizzo*** ***sc-psicologia@pec.unifi.it*** ***)***

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

In fede

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

Il Tutor