



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

Libretto diario Tirocinio post-lauream

per l'ammissione all'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di
Dottore in Tecniche Psicologiche
(SEMESTRE UNICO)

DOTT./DOTT.SSA _____

NATO/A A _____

(_____) **IL** _____

tel. _____ **e-mail** _____

SI RICORDA che

Il monte ore richiesto ai fini dell'attestazione è pari a 500 nell'unico semestre - da svolgersi di norma in **non meno di 100 giornate** lavorative - e a tale carico dovrà fare riferimento il programma individuale di tirocinio (artt. 8 e 9 della Convenzione tra Facoltà di Psicologia e Ordine degli Psicologi della Toscana). **L'impegno settimanale non deve essere inferiore alle 20 ore e non superiore alle 25, articolate tassativamente e senza eccezioni in 4/5 ore giornaliere per 4/5 giorni della settimana, da distribuirsi nell'arco della giornata a seconda delle specifiche attività ed esigenze del progetto e comunque non superiore al monte ore indicato.** (estratto dell'art. 7 del Regolamento per il tirocinio post-lauream per l'ammissione all'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Dottore in tecniche psicologiche)

IL PRESENTE LIBRETTO CONSTA DI 11 PAGINE.

AL TERMINE DEL TIROCINIO E' NECESSARIO CONSEGNARLO INTEGRALMENTE, ANCHE LE PARTI NON COMPILATE

Riservato all'Ufficio Tirocini

Libretto riconsegnato in data _____

I sem: ore ____ *in* ____ *giorni*

Il sem: ore ____ *in* ____ *giorni*

Note:



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

SEMESTRE UNICO DI TIROCINIO POST-LAUREAM

DOTT./DOTT.SSA _____

NATO/A A _____

(_____) **IL** _____

LAUREATO/A PRESSO:

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

IN DATA _____

I SEMESTRE DAL _____ **AL** _____

- AREA:**
- PSICOLOGIA GENERALE E SPERIMENTALE
 - PSICOLOGIA CLINICA
 - PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE
 - PSICOLOGIA SOCIALE, DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI

PRESSO _____

Firma del supervisore

Timbro
dell'Ente

Timbro e Firma del Rappresentante Legale dell'Ente o suo delegato

Timbro

Firma



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

SEMESTRE UNICO - REGISTRO PRESENZE

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Psicologia**

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				



	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Psicologia**

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Psicologia**

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	ATTIVITÀ SVOLTE
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Psicologia

ATTESTAZIONE SEMESTRE UNICO DI TIROCINIO

SI DICHIARA

che il/la Dott./Dott.ssa _____

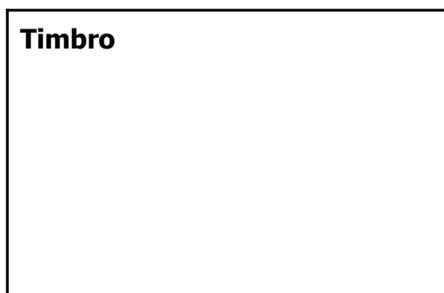
ha svolto il tirocinio presso questo Dipartimento/Ente nei giorni indicati nelle pagine precedenti
(*compilata fino alla riga n. ____*) per un totale complessivo di n. ____ ore in ____ giorni ed in
conformità con quanto previsto nel Progetto di Tirocinio individuale.

data _____

Firma del supervisore



Timbro e Firma del Rappresentante Legale dell'Ente o suo delegato



Firma
