**Allegato 2b (una copia per ciascun tutor):**

Psicologo presente nella sede operativa, in possesso dei requisiti richiesti e disponibile ad assumere il ruolo di Tutor

1) Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione all’Ordine degli Psicologi della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dall’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*minimo 3 anni*) con il numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro con l’Ente *(barrare la casella corrispondente)*

* Dipendente a Tempo Pieno
* Dipendente a Tempo parziale per n. \_\_\_\_ ore settimanali
* Convenzionato per n. \_\_\_\_\_\_ ore settimanali
* Con contratto di consulenza per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
* Collaboratore coordinato e continuativo per n. \_\_\_\_ ore settimanali
* Libero professionista in qualità di psicologo operante all’interno della struttura per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (con n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

*Si ricorda che non possono ricoprire il ruolo di tutor, psicologi volontari o psicologi che ricoprano esclusivamente ruoli organizzativi nell’Azienda/Ente senza svolgimento di attività professionale di psicologo*

**Attività psicologiche** svolte all’interno dell’Azienda/Ente **nelle quali possa essere affiancato dal tirocinante supervisionato**:

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

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

Ore settimanali dedicate a tali attività all’interno della sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_

**Io sottoscritto, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’Art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci qui indicate, dichiaro che quanto sopra riportato corrisponde a verità e mi impegno a comunicare tempestivamente all’Ufficio Tirocini della Scuola di Psicologia qualunque variazione rispetto alla mia presenza in struttura.**

**Io sottoscritto autorizzo l’Ufficio Tirocini della Scuola di Psicologia dell’Università degli Studi di Firenze al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo, in conformità al decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del tutor

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

*E’ necessario allegare documento di identità in corso di validità*