



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

**Progetto formativo per tirocinio pratico valutativo obbligatorio per l'ammissione alla prova
pratico valutativa per l'abilitazione alla professione di Psicologo**

(rif. Conv. n. _____ scadenza _____)

TIROCINANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cel _____ E-Mail _____

Laureato in _____

In data _____ Matricola _____

SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione e sede del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio)

Tempi di accesso (giorni ed orari di apertura)

TUTOR

Tutor Struttura _____ Firma _____

Indirizzo e-mail del tutor (dalla quale inviare successivamente scheda di valutazione del/la tirocinante):

DATI RELATIVI AL TIROCINIO

Obiettivi e modalità di svolgimento

Durata Tirocinio

N° ore _____ dal _____ al _____

Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Struttura ospitante

Per l'Università Firma e timbro del Direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi della Campania
"Luigi Vanvitelli"

(Prof. Luigi Trojano)

Firma per presa visione ed accettazione del tirocinante
