

**Progetto formativo per Tirocinio Pratico-Valutativo Esterno
Corsi di laurea magistrale in Psicologia (LM-51)**

(rif. convenzione n° _____ del _____)

SOGGETTO PROMOTORE

Università degli Studi della Campania LUIGI VANVITELLI, con sede in Caserta, 81100, Viale Abramo Lincoln n. 5, C.F. e P. I.V.A. n. 02044190615, sito web www.unicampania.it, pec protocollo@pec.unicampania.it, rappresentata dal Rettore pro-tempore Prof. **Giovanni Francesco Nicoletti**, nato a San Giovanni in Fiore (CS) il 20.01.1964.

TIROCINANTE

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____
Matricola a 9 caratteri | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Portatore di handicap Sì No

POSIZIONE UNIVERSITARIA DEL TIROCINANTE

Studente iscritto al _____ anno del corso di¹ _____ a.a. _____
in² _____ Curriculum/Indirizzo _____
Dipartimento di _____

SOGGETTO OSPITANTE

Denominazione _____
Sede/i del Tirocinio (stabilimento/i, reparto/i, ufficio/i) _____
Tempi di accesso (giorni ed orari) _____

TUTOR

Il Tutor Universitario _____ si impegna alla riservatezza in ordine alle informazioni, documenti e/o conoscenze di cui venga in possesso nel corso della collaborazione oggetto delle attività in argomento e a mantenere la massima riservatezza in ordine agli stessi.

Firma _____

Tutor Professionale _____ Firma _____

¹ Specificare se trattasi di Laurea, Laurea Magistrale, Laurea Magistrale Ciclo Unico, Master, Dottorato di Ricerca, Scuola di Specializzazione di area non medica.

² Denominazione del Corso.

DATI RELATIVI AL TIROCINIO

Obiettivi e modalità di svolgimento

Durata

n° mesi _____ dal _____ al _____

n° minimo di ore _____

n° minimo di Crediti Formativi che si intende acquisire

Eventuali agevolazioni

POLIZZE ASSICURATIVE

Infortuni sul lavoro: INAIL – Gestione per conto dello Stato – T.U. n.1124/1965 - PAT INAIL 99992000

Polizza Infortuni: Compagnia POSTE ASSICURA SPA - Polizza n. 79910 – scad. 31.08.2026

Polizza RCT: Compagnia assicuratrice AXA ASSICURAZIONI - Polizza n. 407407904 - scadenza 31/08/2026

Polizza RSMO per soggetti outgoing - Compagnia EUROP ASSISTANCE - Polizza n. 40001Q - scadenza 31/08/2026

OBBLIGHI DEL TIROCINANTE

Durante lo svolgimento del tirocinio formativo e di orientamento il tirocinante è tenuto a:

- svolgere le attività previste dal progetto formativo e di orientamento seguendo le indicazioni dei tutor e facendo loro riferimento per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo e/o altra evenienza;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, nonché le misure di prevenzione e di emergenza adottate dal soggetto ospitante;
- ad attenersi ai vincoli di segretezza per quanto attiene i servizi offerti o potenziali, i processi operativi e ad ogni altra attività o caratteristica del Soggetto Ospitante di cui venisse a conoscenza durante lo svolgimento del tirocinio; nonché agli obblighi di riservatezza dei dati personali e sensibili di terzi; detti obblighi si protraggono oltre la durata del tirocinio;
- frequentare le strutture nei tempi e con le modalità previste dal progetto formativo e di orientamento, rispettando gli orari e l'ambiente di lavoro, le regole e i modelli di comportamento concordati;
- compilare il libretto diario delle attività svolte, consegnato al tirocinante dal Soggetto Promotore.

I dati sopra riportati sono utilizzati per le finalità connesse al presente progetto formativo da parte dei Titolari del Trattamento. Il

Informativa privacy

trattamento dei dati personali acquisiti viene eseguito: in modalità automatizzata (gestione dei dati mediante utilizzo di strumenti informatici) e/o in modalità cartacea (raccolta, registrazione, conservazione, utilizzo dei documenti mediante fascicoli, schede, raccoglitori ed archivi). Il conferimento dei dati è necessario in quanto l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità da parte del Soggetto Promotore di procedere all'espletamento dei compiti di cui sopra. I dati personali forniti saranno comunicati a soggetti pubblici e/o privati solo quando ciò sia previsto dalla normativa vigente. In nessun caso i dati saranno diffusi. I titolari del trattamento dei dati sono il Soggetto Promotore ed il Soggetto Ospitante.

Firma del **Tirocinante** per presa visione ed accettazione _____

Timbro e firma per il **Soggetto Ospitante**⁴ _____

Timbro e firma per il **Soggetto Promotore (Università)**⁵ _____

⁴ Firma del **rappresentante legale** o suo delegato.

⁵ Firma del Responsabile, o suo delegato, della Struttura didattica di appartenenza del tirocinante.

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
LIBRETTO DI TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO
(ai sensi del D. I. n. 567/22)

del/la Dottor/Dottoressa

Denominazione Ente Ospitante

Timbro e Firma dell'ente

DATA	NUMERO ORE SVOLTE

DATA	NUMERO ORE SVOLTE

DATA	NUMERO ORE SVOLTE

Totale ore _____ svolte dal _____ al _____

Nome della struttura ospitante _____

Nome e cognome del/la tirocinante (in stampatello) _____

Firma del Responsabile della Struttura _____

Firma del/la tutor _____



INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Presentazione e obiettivi

La normativa prevede il monitoraggio della qualità delle attività formative del tirocinio pratico valutativo e la rilevazione delle opinioni degli studenti. Le chiediamo di completare un questionario volto a monitorare la qualità della sua esperienza di tirocinio. I dati raccolti serviranno per: a) rendere i corsi di laurea del nostro Dipartimento più vicini alle esigenze degli studenti e del mercato del lavoro; b) tutelare lei e futuri colleghi da supervisioni inadeguate per la sua professionalizzazione, identificando le strutture che non offrono servizi consoni agli standard di qualità da noi richiesti.

Istruzioni per la compilazione

Tale questionario andrà consegnato insieme alla documentazione che dovrà compilare per la sua pratica di tirocinio e dovrà essere allegato alla stessa.

Informativa sulla privacy

Titolare del trattamento è l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, con sede in Viale Abramo Lincoln n. 5 ed i dati personali comunicati tramite la compilazione del questionario saranno trattati dal Prof. Alessandro Lo Presti (responsabile del trattamento dei dati e Delegato ai tirocini). Il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili che saranno raccolti, verranno trattati ai sensi dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, del D.Lgs. 196/2003 ("Codice Privacy") integrato dal D.Lgs. 101/2018 di adeguamento al Regolamento europeo 679/2016 noto come GDPR (General Data Protection Regulation), e in applicazione del Provvedimento n° 146 del 5 giugno 2019 emanato dal Garante per la Protezione dei Dati Personali al fine di rafforzare la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato in merito ai propri dati, e nel rispetto della dichiarazione di Helsinki del 2013 circa i requisiti scientifici, i protocolli, i comitati etici, la privacy e riservatezza, il consenso informato, la registrazione della ricerca e la pubblicazione o divulgazione dei risultati.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo. Il rifiuto a conferire i dati comporterà l'impossibilità di conseguire gli obblighi di legge per la conclusione del Tirocinio professionale. Potrà richiedere in qualsiasi momento la cancellazione dei suoi dati (distruzione del questionario e del record elettronico) unitamente all'annullamento della pratica di tirocinio, secondo quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 rivolgendosi al responsabile del trattamento dei dati.

Tutti i dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche, e verranno conservati dal Prof. Alessandro Lo Presti tramite l'utilizzo di archivi cartacei o mezzi tecnologici, il cui accesso è sotto controllo (come, ad esempio, password crittografate per consentire l'accesso ai dati solo a personale autorizzato). Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l'integrità, l'accessibilità di tutti i dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale. L'accesso ai dati da Lei forniti sarà concesso esclusivamente al personale incaricato, il quale è vincolato alla segretezza. Il trattamento e l'elaborazione di tutti i dati personali da Lei forniti per le finalità di indagine statistica, comunicazione, divulgazione e pubblicazione avverranno in forma anonima e i risultati verranno utilizzati esclusivamente in forma aggregata, garantendo a ciascun partecipante ogni cautela necessaria a evitarne la identificabilità.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018)

Il/la sottoscritto/a _____ (CF: _____)
nata/o a _____ il _____
residente a _____ (PROV: _____) in via/piazza _____
avendo ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato in relazione al trattamento dei dati, per ciò che attiene al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti per tutte le finalità indicate nella presente informativa, FORNISCE IL PROPRIO CONSENSO al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____

QUESTIONARIO

Indichi per favore (scrivendo in stampatello):

a) Cognome: _____ Nome: _____

b) Nome struttura ove ha svolto il periodo di tirocinio: _____

Pensi al periodo di tirocinio appena trascorso e, in particolare, a quanto ritiene di aver migliorato ciascuna delle nove competenze sotto elencate. Risponda tenendo presente che:

0 = per nulla 1 = poco 2 = abbastanza 3 = molto 4 = moltissimo

1. Valutazione del caso	⓪	①	②	③	④
2. uso appropriato degli strumenti e delle tecniche psicologiche per la raccolta di informazioni per effettuare un'analisi del caso e del contesto;	⓪	①	②	③	④
3. predisposizione di un intervento professionale teoricamente fondato e basato sulle evidenze;	⓪	①	②	③	④
4. valutazione di processo e di esito dell'intervento;	⓪	①	②	③	④
5. redazione di un report;	⓪	①	②	③	④
6. restituzione a paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione;	⓪	①	②	③	④
7. stabilire adeguate relazioni con pazienti/clienti/utenti/istituzioni/organizzazioni;	⓪	①	②	③	④
8. stabilire adeguate relazioni con i colleghi;	⓪	①	②	③	④
9. comprensione dei profili giuridici/etico/deontologici della professione, nonché dei loro possibili conflitti.	⓪	①	②	③	④

Pensi al periodo di tirocinio appena trascorso e, in particolare, alle attività di supervisione che il/la tutor ha agito nei suoi confronti. Risponda a ciascuna domanda tenendo presente che:

0 = per nulla 1 = poco 2 = abbastanza 3 = molto 4 = completamente

1. Il/la tutor mi ascoltava in modo attivo e positivo	⓪	①	②	③	④
2. Il/la tutor aveva un atteggiamento aperto e positivo nei miei confronti	⓪	①	②	③	④
3. Il/la tutor mi incoraggiava a riflettere in maniera critica e approfondita sulla pratica professionale	⓪	①	②	③	④
4. Il/la tutor mi dava feedback appropriati e tempestivi	⓪	①	②	③	④
5. Il/la tutor mi aiutava ad affrontare sensazioni e questioni spiacevoli emerse durante le attività	⓪	①	②	③	④
6. Il/la tutor mi ha permesso di familiarizzare con questioni "di confine" e riguardanti le relazioni di potere connesse alla pratica professionale	⓪	①	②	③	④
7. Il/la tutor mi incoraggiava a riflettere su questioni scottanti di carattere etico connesse alla pratica professionale	⓪	①	②	③	④
8. Il/la tutor mi faceva da mentore	⓪	①	②	③	④
9. Il/la tutor valutava costantemente il miglioramento delle mie competenze	⓪	①	②	③	④
10. Il/la tutor valutava costantemente la mia prestazione professionale	⓪	①	②	③	④

Se lo desidera, nelle righe sottostanti può segnalare qualsiasi aspetto che ritiene meritevole di attenzione rispetto all'esperienza di tirocinio appena trascorsa (per segnalazioni più corpose, contatti il Delegato ai tirocini per fissare un appuntamento).

Si prega di descrivere qual è secondo lei la principale competenza inerente la pratica psicologica acquisita dal/dalla tirocinante durante il TPV presso la sua struttura:

Di seguito è indicata una lista delle competenze sviluppabili e potenziabili durante il TPV. La invitiamo a indicare la sua valutazione (considerando la scala di risposta sottostante) della/del tirocinante:

1=Insufficiente

2= sufficiente

3=buono

4=ottimo

1) Valutazione del caso	1	2	3	4
2) uso appropriato degli strumenti e delle tecniche psicologiche per la raccolta di informazioni per effettuare un'analisi del caso e del contesto;	1	2	3	4
3) predisposizione di un intervento professionale teoricamente fondato e basato sulle evidenze;	1	2	3	4
4) valutazione di processo e di esito dell'intervento;	1	2	3	4
5) redazione di un report;	1	2	3	4
6) restituzione a paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione;	1	2	3	4

7) stabilire adeguate relazioni con pazienti/clienti/utenti/istituzioni/organizzazioni;	1	2	3	4
8) stabilire adeguate relazioni con i colleghi;	1	2	3	4
9) comprensione dei profili giuridici/etico/deontologici della professione, nonché dei loro possibili conflitti.	1	2	3	4

Descriva eventuali ulteriori competenze (non ricomprese nella domanda precedente) che il/la tirocinante ha avuto modo di sviluppare durante il TPV o riporti qualsiasi altra informazione che ritiene utile al fine di delineare il livello di professionalizzazione del/la tirocinante in seguito al TPV svolto sotto la sua supervisione:

GIUDIZIO FINALE DI IDONEITA':

IDONEO

NON IDONEO

FIRMA E TIMBRO DEL TUTOR:
