Immagine che contiene testo, schermata, Carattere

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

**RICHIESTA ATTIVAZIONE FREQUENZA**

(inviare almeno 45 giorni prima dell’inizio stabilito nel primo giorno non festivo di ciascun mese)

**TIPOLOGIA DI TIROCINIO O FREQUENZA PER CUI SI RICHIEDE L’AMMISSIONE**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. specializzazione post laurea psicologia |  |
| 1. specializzazione post laurea psicoterapia |  |
| 1. specializzazione post laurea non medica |  |
| 1. in corso di studio (tesi, project work, master, laure triennali e magistrali etc.) |  |

**LA/IL SOTTOSCRITTA/O**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**Codice Fiscale**

|  |
| --- |
|  |

**Nata/o il Luogo di nascita Provincia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Residente a Cap Provincia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Via/Piazza e n°**

|  |
| --- |
|  |

**Telefono**

|  |
| --- |
|  |

**Mail**

|  |
| --- |
|  |

**PEC**

|  |
| --- |
|  |

**INFORMAZIONI NECESSARIE PER TIROCINI PUNTI 1,2,3** (post laurea psicologia, psicoterapia, non medica)

**Laurea in**

|  |
| --- |
|  |

**Università**

|  |
| --- |
|  |

**Data Votazione Estremi iscrizione albo (se richiesta)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Eventuale Iscrizione Scuola di Specialità/Scuola di Psicoterapia (specificare…) Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Scelta dell’area (solo per i tirocini in PSICOLOGIA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GENERALE** |  | **CLINICA** |  | **SOCIALE** |  | **DELLO SVILUPPO** |  |

**Indicazione dell’orientamento (solo per i tirocini in PSICOTERAPIA)**

|  |
| --- |
|  |

**INFORMAZIONI NECESSARIE PER I TIROCINI DI CUI AL PUNTO 4** (curriculare in corso di studi e master)

**Corso di laurea triennale**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Corso di laurea magistrale**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Corso di laurea a ciclo unico**

|  |
| --- |
|  |

**Università Anno di corso**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Master**

|  |
| --- |
|  |

**Università Inizio e fine**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CHIEDE DI POTER ESSERE AMMESSA/O ALLA FREQUENZA C/O L’AZIENDA USL DI PIACENZA**

**Dal (primo del mese) Al Ore totali (se richieste) CFU totali (se richiesti)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Motivazione della frequenza (tesi, project work, tirocinio etc.)**

|  |
| --- |
|  |

**PROPONE LE SEGUENTI STRUTTURE DI INTERESSE (in ordine di preferenza)**

|  |
| --- |
| **1.** |
| **2.** |

**TUTOR AUSL PIACENZA (se noto)**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**Unità Operativa**

|  |
| --- |
|  |

**TUTOR UNIVERSITÀ**

**Nome**

|  |
| --- |
|  |

**Cognome**

|  |
| --- |
|  |

**E-mail**

|  |
| --- |
|  |

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati personali raccolti tramite il presente modulo sono trattati dall’Azienda USL di Piacenza, in qualità di Titolare del trattamento, per le finalità correlate alla gestione del tirocinio, nell’adempimento degli obblighi legali e nell’esecuzione dei compiti di interesse pubblico che le disposizioni normative stabiliscono in capo ai soggetti ospitanti. In ogni momento, salvo limitazioni previste dalla legge, l’interessato può esercitare il diritto di accesso ai propri dati personali, la rettifica di quelli inesatti, l’integrazione di quelli incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, può richiedere la limitazione del trattamento ed esercitare il diritto di opposizione. Ulteriori e più complete informazioni sul trattamento dei dati personali, incluse le modalità di esercizio dei diritti, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell’Azienda USL di Piacenza.

DATA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

Con la sottoscrizione del presente modulo dichiaro di aver preso visione delle istruzioni allegate, ed in particolare delle disposizioni che seguono:

Per poter iniziare la frequenza nelle date previste, dovrà essere inviato il progetto formativo o altro documento che descriva l’attività e gli obiettivi della frequenza (firmato dal tutor universitario, dal tutor aziendale e dallo studente stesso) con la chiara **indicazione delle polizze infortuni e responsabilità civile, con rispettive scadenze e massimali assicurati**.

La frequenza potrà iniziare solo a seguito di comunicazione d’avvio a cura dell’U.O. Affari Generali e Università inviata allo studente e al tutor.

Nessuna attività potrà essere svolta prima della conclusione del percorso e della comunicazione sopra indicati, la mancata osservazione di questa regola esporrà il firmatario a responsabilità personale (civile e penale) anche in considerazione della non operatività delle coperture assicurative.

DATA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_