



ISTITUTO SANTA CHIARA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVO-
NEUROPSICOLOGICA INTEGRATA

Scuola di psicoterapia riconosciuta dal MIUR- (G.U. Serie Generale
n.298 del 22-12-2016)

Abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica - *Art. 3 della legge 56/89*
Roma

Direttore: prof. Vincenzo Ciccarese

MODULO RICHIESTA TIROCINIO

Con la sottoscrizione di questo modulo l'allievo si impegna a rispettare le seguenti condizioni:

- L'allievo si impegna a chiedere la disponibilità ad effettuare il tirocinio presso la struttura e il servizio pubblico o privato accreditato per lo svolgimento del proprio tirocinio.
- L'allievo si impegna, accordata la disponibilità con il servizio pubblico o privato accreditato, a compilare il presente modulo. Qualora il servizio non fosse convenzionato, la Segreteria didattica si impegna a prendere accordi con la struttura e ad attivare la convenzione.
- La Segreteria didattica provvederà, entro 30 giorni dalla compilazione del presente modulo, all'invio di tutta la documentazione utile all'avvio del tirocinio, al servizio pubblico o privato accreditato valutato idoneo dal Direttore della Scuola di Specializzazione, Dr. Vincenzo Ciccarese, per lo svolgimento del tirocinio formativo.
- La Segreteria didattica provvederà a inviare all'allievo il registro delle presenze.
- L'allievo si impegna, al termine del tirocinio, a depositare presso la Segreteria Didattica il registro e un certificato rilasciato dalla Struttura. Nel certificato, firmato dal responsabile del servizio, dovranno risultare la data di inizio e fine del tirocinio e il numero delle ore svolte

Dati dell'allievo:

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ (____) il __/__/____

Residente in _____ (____)

In Via _____ n. _____

Anno di corso _____

Io Sottoscritto, Dott. Vincenzo Ciccarese, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo – Neuropsicologica integrata **“Istituto Santa Chiara” di Roma**, dopo aver verificato gli obiettivi, autorizzo lo svolgimento del tirocinio in psicoterapia del ____ anno, che si svolgerà presso:

Ente ospitante:

RAGIONE SOCIALE _____

Indirizzo _____

Recapiti telefonici _____

Tutor-Psicologo _____

Iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione _____

Iscritto dal _____ N° di iscrizione all’Ordine _____

Periodo di svolgimento del tirocinio: dal ____/____/____ **al** ____/____/____

Durata del tirocinio (in ore):

- 100 (per i primi tre anni di corso)
- 200 (per il quarto anno)

Obiettivi del tirocinio ed attività assegnate (da compilare con il tutor):

Tutor dell’Istituto Santa Chiara: Dott. _____

Iscritto all’Ordine degli Psicologi della Regione _____, in data __/__/____ al n. _____

Firma del Tutor dell’Istituto Santa Chiara _____

Firma del Tutor dell’Ente Ospitante _____

Timbro dell’Ente Ospitante _____