



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

ROMA - Direttore Dr. Vincenzo Ciccarese

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia  
Autorizzata dal MIUR con D.M. 3311 del 6 Dicembre 2016 e con D.M. 1436 dell'8 Giugno 2017.

**MODULO RICHIESTA TIROCINIO**

Il tirocinio, da effettuarsi presso strutture e servizi pubblici o privati accreditati, è obbligatorio e rappresenta prerequisite per l'ammissione ad ogni anno di corso come previsto dall'ordinamento didattico della Scuola.

Con la sottoscrizione di questo modulo il sottoscritto si impegna a rispettare le seguenti condizioni:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. La Segreteria didattica provvederà a inviare all'allievo il registro delle presenze.
5. L'allievo si impegna, al termine del tirocinio, a depositare presso la Segreteria Didattica il registro e una certificato rilasciato dalla Struttura. Nel certificato, firmato dal responsabile del servizio, dovranno risultare il numero delle ore svolte, la data di inizio e fine del tirocinio.

**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:

