

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>U.O. Sviluppo Organizzativo Formazione Valutazione</p>	<p><b>Richiesta disponibilità al tutor per i tirocini curriculari, professionalizzanti e di Scuola di Specializzazione o Master di II livello.</b></p>	<p>Rev. 01 del 3/08/2017</p> <p><b>MR P06_05</b></p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	--	---

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
 Residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Laureato il: \_\_\_\_\_ Presso: \_\_\_\_\_  
 Corso Specialistico/Magistrale in: \_\_\_\_\_

<p>Indicare la casella corrispondente al tipo di richiesta:</p> <p><input type="checkbox"/> Tirocinio curriculare</p> <p><input type="checkbox"/> Tirocinio Professionalizzante</p> <p><input type="checkbox"/> Tirocinio di Specializzazione o Master di II Livello</p>	<p>Indicare se:</p> <p><input type="checkbox"/> Nuova richiesta di tirocinio</p> <p><input type="checkbox"/> Rinnovo per l'anno _____</p>
--	---

**Solo per i richiedenti iscritti a scuole di specializzazione in psicoterapia riconosciute dal MIUR o master di 2° livello:**

Iscrizione all'Ordine

- degli psicologi, (Regione): \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_  
 - dei medici, (Regione): \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE AL \_\_\_\_\_ ANNO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MASTER: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

NUMERO DI ORE DI TIROCINIO RICHIESTE: \_\_\_\_\_ DA SVOLGERSI ENTRO L'ANNO \_\_\_\_\_

**Eventuali esperienze di tirocinio già svolte:**

\_\_\_\_\_

Settore di interesse: \_\_\_\_\_

<p><b>Spazio riservato al Tutor</b></p> <p>Si accetta la richiesta di tirocinio che si svolgerà<sup>1</sup> dal _____ al _____</p> <p>Non si accetta la richiesta di tirocinio.</p>
---

Data: \_\_\_\_\_

Nome del tutor \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_ Ambito Territoriale \_\_\_\_\_

Firma del Tutor \_\_\_\_\_

Firma del Direttore UO \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile Programma Psicologia \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il periodo non deve essere superiore ad un anno. L'inizio del tirocinio è previsto solo a seguito dell'adozione dell'**atto formale di autorizzazione** allo svolgimento del tirocinio stesso. E' possibile per il tirocinante presentare richiesta di rinnovo.