

## MODELLO PER LA RICHIESTA DI FREQUENZA DI TIROCINIO

### SPECIALIZZANDI in PSICOTERAPIA

Al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa \_\_\_\_\_

**Da inviare a:** [protocollo@aulss8.veneto.it](mailto:protocollo@aulss8.veneto.it)

Richiesta frequenza  Richiesta rinnovo/proroga frequenza

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

a sensi artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000  
DICHARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

▪ **di essere iscritto/a:**

Scuola di specializzazione \_\_\_\_\_ iscrizione all'anno \_\_\_\_\_

Sede legale della Scuola: \_\_\_\_\_

▪ **di essere in possesso della Laurea in:** \_\_\_\_\_

**CHIEDE di frequentare una delle seguenti aree:**

CLINICA

NEUROSCIENZE

**Settore preferenziale per lo svolgimento del tirocinio:**

(possibili più opzioni)

Infanzia, adolescenza, famiglia  Disabilità e non autosufficienza  Psicologia Ospedaliera  Salute Mentale  SerD

altro: \_\_\_\_\_

Per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_

Nei giorni e orari specifici (da concordare con il Tutor) per lo svolgimento di **Tirocinio curriculare**

Allegare:

- 1) copia documento d'identità e codice fiscale;
- 2) progetto formativo con indicazione delle ore e periodo specifico di tirocinio;
- 3) attestato di frequenza del corso in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (ex D.lgs 81/2008 e sue s.m.i.) (in mancanza di tale attestato riferire al Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa).

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla protezione e il trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016), sul sito Aziendale: <https://www.aulss8.veneto.it/privacy-policy/>

**N.B. In caso di incompletezza e/o in mancanza degli allegati di cui ai punti 1 e 2 la presente richiesta non sarà presa in considerazione.**

**Parere del Direttore di Struttura/Dipartimento/Unità Operativa**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibili)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

***Ai fini legali ed assicurativi è fatto obbligo di NON avviare percorsi di tirocinio PRIMA di aver ricevuto l'autorizzazione da parte della UOS FORMAZIONE.***

***Per informazioni: e mail [uos\\_formazione@aulss8.veneto.it](mailto:uos_formazione@aulss8.veneto.it) - Tel. 0444-75.3680***