

Al Presidente
dell'Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento
38122 T R E N T O – Corso Buonarroti 39

Oggetto: Richiesta certificazione crediti ECM per attività di tutor

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a (Prov.) il

Residente in (via) (città)

Cell E-mail

Iscritto/a all'Ordine della Provincia di Trento con n° dal.....

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative vigenti per attestazioni false e/o mendaci, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della L. 127/97, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di aver svolto attività di Tutor nell'anno solare
dal / al (indicare giorno e mese)

- Tirocinio obbligatorio per esame di Stato
 Tirocinio obbligatorio per corso di specializzazione

CHIEDE

a codesto Ordine professionale il rilascio della relativa attestazione per l'anno

Allega

- 1) **Dichiarazione** attestante il periodo di tutoraggio svolto che DEVE contenere una **sintetica descrizione del progetto di tirocinio** (se la dichiarazione non è firmata dall'Ente presso cui si svolge il tirocinio, allegare dichiarazione della Scuola di specializzazione)
- 2) copia di un documento di identità.

Data

Firma

ALLEGATO 1 DICHIARAZIONE E ILLUSTRAZIONE DEL PROGETTO DI TIROCINIO

Tutor COGNOME..... NOME.....

Tirocinante COGNOME..... NOME.....
Data di nascita.....

tirocinio per il conseguimento dell'abilitazione.....

tirocinio per la scuola di specializzazione.....

(-tirocinio accademico pre – laurea; tirocinio professionalizzante post – laurea; secondo il regolamento della Facoltà di Psicologia; Tirocinio delle Scuole di Specializzazione Universitarie o di Psicoterapia riconosciute dal MIUR)

Periodo del tirocinio: Anno dal..... al.....
*(indicare il **giorno preciso** di inizio e fine come concordato con l'Università o Scuola di Specializzazione di appartenenza e l'Ente in cui è stato svolto il tirocinio)*

Denominazione della sede di tirocinio

Titolo del tirocinio.....

Obiettivi generali del tirocinio, modalità di svolgimento e tempi di verifica

Data e firma del tutor

Firma

(Timbro e firma del Responsabile della struttura ospitante(per i dipendenti APSS: il Direttore dell'Unità Operativa)

Il Direttore dell'Ente

(timbro e firma del Direttore dell'Ente(per i dipendenti APSS: il Direttore del Distretto Sanitario)

.....