



COPERTINA DOCUMENTI CONCLUSIVI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE ALBO B - SEMESTRE UNICO

Cognome e nome E-mail

data di nascita: matricola: codice fiscale: tel: cell:

residente in via n° CAP città prov. regione

LAUREA IN (*indicare una sola opzione*):

TRIENNALE SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

SPECIALISTICA PSICOLOGIA

MAGISTRALE PSICOLOGIA

DATI TIROCINIO

Periodo di tirocinio come da PTP: inizio fine per un totale di 500 ore

1^a Sede Operativa di svolgimento principale

via n° CAP città prov. reg. stato

2^a Sede Operativa di svolgimento eventuale

via n° CAP città prov. reg. stato

AREA (*barrare la voce interessata*):

psicologia generale

psicologia clinica

psicologia sociale e/o del lavoro

psicologia dello sviluppo

TUTOR / REFERENTE

UNIVERSITARIO:

(COGNOME E NOME)

TUTOR / REFERENTE

AZIENDALE:

(COGNOME E NOME)

ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE ALL'UFFICIO TIROCINI

(*barrare le opzioni come vostro promemoria di verifica della totalità dei documenti richiesti*)

RELAZIONE FINALE DI TIROCINIO

(Allegato_B1-Relazione_Finale_Di_Tirocinio.pdf)

FOGLIO ORE PRESENZE

(Allegato_C-Foglio_Ore_Presenze.pdf)

GRIGLIA DI VALUTAZIONE FINALE TUTOR AZIENDALE

(Allegato_D-Griglia_Di_Valutazione_Finale_Tutor_Aziendale.pdf)

RELAZIONE FINALE DEL TUTOR AZIENDALE

(Allegato_E-Relazione_Finale_Tutor_Aziendale.pdf)

RELAZIONE FINALE TUTOR UNIVERSITARIO (*pdf da scaricare e compilare al computer a cura del TU*)

(Allegato_G-Relazione_Finale_Tutor_Universitario_Di_Psicologia.pdf)

AVER FATTO IL "QUESTIONARIO SEMESTRE TIROCINIO ALBO B PSICOLOGI" DI AULAWEB IN DATA

BARRARE IN CASO DI CONSEGNA TRAMITE MODULO DELEGA:

FIRMA TIROCINANTE

DELEGATO (COGNOME NOME)

DATA DI CONSEGNA ALL'UFFICIO TIROCINI