



DISFOR

Dipartimento di Scienze della Formazione

PROGETTO DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE DI RICERCA (PTPR)**AI FINI DELL'ACCESSO ALL'ESAME DI STATO PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI
(SEZIONE A e B)**(data di consegna pratica all'ufficio tirocini)
 excel scan.**IMPORTANTE** (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Questo modulo deve essere consegnato completo di tutte le pagine. Firme e timbri devono essere obbligatoriamente apposti in originale e non come immagine. Non saranno accettati dall'ufficio tirocini documenti scansionati e stampati al computer o fotocopiati.

TIROCINANTE E DATI TIROCINIO

Cognome e nome E-mail

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

residente in via n° CAP città prov. regione

Laurea conseguita: Triennale -Scienze E Tecniche Psicologiche Magistrale - Psicologia

<input type="checkbox"/> PRIMO SEMESTRE	ALBO A	<input type="checkbox"/> SECONDO SEMESTRE	ALBO B	<input type="checkbox"/> SEMESTRE SINGOLO
---	---------------	---	---------------	---

Tirocinio di 500 ore in 6 mesi con data inizio dal e data fine al

da svolgere, ai sensi del d.m. 239/92 art.2, nell'area di psicologia generale.

TUTOR UNIVERSITARIO – SEDE/I OPERATIVA/E DI SVOLGIMENTO

io sottoscritto (cognome e nome) Tutor Universitario del tirocinante sopradescritto, dichiaro di autorizzare l'attività didattica a scopo formativo finalizzata allo svolgimento di un solo semestre di tirocinio post-lauream, inserita nel Progetto di Ricerca da me redatto e pubblicato online dopo approvazione della Commissione Tirocini, avente il seguente titolo:

..... da svolgersi presso

1ª Sede Operativa di svolgimento principale
via n° CAP città prov. reg. stato

Tel. Orario di apertura: Orario di chiusura: (in caso di sede sempre aperta indicare 24H in entrambi gli spazi)

Giorni di apertura: LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ SABATO DOMENICA

2ª Sede Operativa di svolgimento eventuale
via n° CAP città prov. reg. stato

Tel. Orario di apertura: Orario di chiusura: (in caso di sede sempre aperta indicare 24H in entrambi gli spazi)

Giorni di apertura: LUNEDÌ MARTEDÌ MERCOLEDÌ GIOVEDÌ VENERDÌ SABATO DOMENICA

Tempi di accesso al servizio indipendentemente dagli orari di apertura delle sedi operative di svolgimento, poiché è da intendersi un accesso secondo necessità fino a 8 ore die nel range 07:00/22:00 e per un massimo di 40 ore a settimana.

BARRARE IN CASO DI TRASFERTE GIÀ PREVISTE, allegando obbligatoriamente al presente documento il **"Modulo-Richiesta_Trasferte.pdf"**.
(Per trasferte in itinere, è necessario far pervenire all'Ufficio Tirocini il **"Modulo-Richiesta_Trasferte.pdf"** almeno 5 giorni prima della trasferta stessa, con le modalità riportate sul sito.)

POLIZZE ASSICURATIVE

- Infortuni sul lavoro: GESTIONE PER CONTO DELLO STATO ai sensi del combinato disposto dagli articoli 127 e 190 del Testo Unico n. 1124/65 e regolamentata dal D.M. 10.10.1985;
- Responsabilità Civile: Unipol-Sai S.p.a., polizza R.C.T. n° 151189675 valida fino al 30/06/2021

TUTOR UNIVERSITARIO

(LUOGO), il

(Firma)

TIROCINANTE

(per presa visione ed accettazione)

(Firma)

PARTE RISERVATA AL DISFOR

(presidente di Commissione Tirocini)

(Timbro e Sigla).....



AUTOCERTIFICAZIONE DI LAUREA
DA COMPILARE A CURA DEL TIROCINANTE
(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Il/la sottoscritto/a con cittadinanza
nato/a (COGNOME E NOME) il: codice fiscale:
residente in Via n° CAP città prov.
domiciliato in Via n° CAP città prov.

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARO

di aver superato presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Genova (DISFOR) l'esame di laurea in data con punteggio..... per il conseguimento del titolo in:

- Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche (solo per iscrizione Albo B)
- Dottore in Psicologia

(LUOGO), il

TIROCINANTE

(Firma)

**DICHIARAZIONE SUL RISPETTO DEL SEGRETO PROFESSIONALE**

DA COMPILARE A CURA DEL TIROCINANTE
(SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Il/la sottoscritto/a è consapevole che, nel corso di tutta la sua attività di tirocinio, è strettamente tenuto al segreto professionale, sia come obbligo deontologico, che civile, nella consapevolezza che la Legislazione Italiana indica, la violazione di tale segreto, come reato (art. 622 del codice penale), e che il reato si applica a chiunque riveli un segreto professionale senza giusta causa, per dolo, per trarne un profitto illecito, o anche semplicemente se la violazione è tale da causare potenzialmente danno al titolare del segreto rivelato.

Pertanto mi impegno a:

- Seguire le indicazioni del tutor e rivolgersi a lui per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro previste dalla normativa vigente e fornite per obbligo dal "Datore di lavoro" come previsto dal D. Lgs. 09.04.2008 n. 81;
- Rispettare le norme del Codice Deontologico degli Psicologi;
- mantenere la riservatezza sui dati sensibili di cui dovesse venire a conoscenza in virtù della sua attività di tirocinio (es. a non divulgare informazioni sulla salute psicologica dei pazienti), a non rivelare notizie, fatti o informazioni circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante sia dopo lo svolgimento del tirocinio;
- ad adottare condotte non lesive per le persone con cui dovesse venire a contatto e a non utilizzare il proprio ruolo gli strumenti professionali per assicurare a sé o ad altri indebiti vantaggi;
- a rispettare i principi fondamentali della legge n. 675/96 in materia di " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", e successive modificazioni, in particolare per ciò che riguarda:
 - a) il trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale (art. 1);
 - b) le "Modalità di raccolta e requisiti dei dati personali" (art. 9) per cui: i dati personali oggetto di trattamento devono essere:
 - trattati in modo lecito e secondo correttezza;
 - raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini non incompatibili con tali scopi;
 - esatti e, se necessario, aggiornati;
 - pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati;
 - conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.
- ad evitare commistioni tra il ruolo esercitato e la vita privata che possano interferire con l'attività professionale, o comunque arrecare nocumento all'immagine sociale della professione, nella consapevolezza che costituisce grave violazione deontologica effettuare interventi diagnostici, di sostegno psicologico rivolti a persone con le quali ha intrattenuto o intrattiene relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale. Parimenti costituisce grave violazione deontologica instaurare le suddette relazioni nel corso del rapporto professionale (art. 28 del codice deontologico).

Il sottoscritto è consapevole che il trattamento di dati personali da parte di privati o di enti pubblici economici è ammesso solo con il consenso espresso dell'interessato e che tale consenso è valido solo se espresso liberamente, e in forma specifica e documentata per iscritto, e se sono state rese all'interessato le informazioni di cui agli artt. 10 e 11 della legge menzionata.

Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto dei soggetti alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato.

(LUOGO), il

TIROCINANTE

(Firma)