# **PROGETTO FORMATIVO DI TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO**

# **Ai sensi del D.M. n 654 del 05.07.2022**

# rif. Convenzione Rep. n. ……………. stipulata il ……………………….

Nominativo del tirocinante:

Nata a - . il……………………..

Residente in: ……………… n° ----------…………… (VR) - ITALIA Codice Fiscale: BSLSFO02S67I775U

E-mail: …………………..

Cellulare: +39 3421529627

Matricola………………………..

Corso di Laurea: CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA PER LA FORMAZIONE- classe LM 51 -Psicologia

Azienda ospitante: …………….

Sede di effettuazione del tirocinio:

- …………….

Indirizzo: ………………. Telefono: ……………… Pec: Email:

Codice fiscale o Partita Iva: …………………………..

Tempi di accesso ai locali aziendali (giorni e orari) Es. da lun al ven max 5 giorni - dalle 8:00 alle 18:00 max 8 ore: max 8:00 ore al giorno – max 40:00 ore la settimana nei giorni dal lunedì al sabato

Periodo di tirocinio: mesi ………….dal ………………. al …………. Tot. Ore ………………

Tutor Accademico: ………………..

Tutor aziendale iscritto all'Albo professionale degli psicologi da almeno 3 anni (indicato dal soggetto ospitante): Dottor ………………..

Albo Regionale,…………………………….... numero di iscrizione: ……………data di iscrizione………………..

E-mail del tutor aziendale: [……………………..](mailto:ospedale@ospedalesantagiuliana.it)

*Il tutor aziendale deve intrattenere con l’Ente un rapporto professionale consistente e sistematico in qualità di dipendente, collaboratore o consulente, oltre a svolgere la sua attività con la qualifica specifica di psicologo che prevedano, di norma, un impegno orario di minimo 15 ore a settimana. Ciascun tutor psicologo potrà seguire contemporaneamente non più di 5 tirocinanti contemporaneamente.*

***Si ricorda che alla fine del percorso è previsto il rilascio - da parte del/della tutor - del giudizio di idoneità/non idoneità come definito dall’art. 1, co 2 del D.M. n 654 del 05.07.2022***

Polizze assicurative:

* Infortuni sul lavoro INAIL: Gestione per conto dello stato
* Responsabilità civile: Chubb European Group SE Posizione n° n. ITCASC21677
* Polizza infortuni: Polizza infortuni cumulativa AXA Posizione n° n. 404984200

Obiettivi e modalità del tirocinio:

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Le attività svolte sotto la supervisione del tutor saranno le seguenti:

…………………………………………………………………….

Modalità di verifica degli apprendimenti

…………………………………………………………………..

Obblighi del tirocinante:

* Seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
* Rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
* Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza;
* Le studentesse, eventualmente in stato di gravidanza, sono tenute a rispettare le norme che disciplinano la tutela della maternità contenute nei decreti legislativi vigenti.

Facilitazioni previste:

………………………………….

Luogo e data: …………….., ………………..

firma del tirocinante, per presa visione ed accettazione

Firma per il soggetto ospitante

Firma del tutor accademico