

Oggetto: Richiesta di svolgimento Tirocinio di Specializzazione presso l'Azienda USL di Imola

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a a : _____ (Prov _____) il: _____

Codice Fiscale: _____

☐ regolarmente iscritto/a al _____ anno della Scuola/Istituto _____

☐ Iscritto all'Ordine:

- degli Psicologi, (Regione) _____ data: _____ n°: _____

- dei Medici, (Regione _____) data: _____ n°: _____

☐ Laurea in _____ conseguita nell'anno _____

Presso l'Università di _____

CHIEDE DI SVOLGERE il TIROCINIO

Per un totale di ore: _____

Quali di questi settori ti interessa per lo svolgimento del tirocinio?

(1: per niente, 5: moltissimo; rispondere comunque a tutti gli ambiti):

☐ Psicologia ospedaliera	1	2	3	4	5
☐ Neuropsichiatria infantile	1	2	3	4	5
☐ Consultorio familiare	1	2	3	4	5
☐ Psichiatria adulti	1	2	3	4	5

Recapiti per le comunicazioni:

indirizzo: _____

telefono: _____

indirizzo mail: _____

DICHIARA:

☐ di possedere Attestato/i di formazione di 16 ore (Formazione Generale di 4 ore + Formazione specifica di 12 ore per il settore ATECO 2007_Q - SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE), ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 sulla salute e sicurezza sul lavoro, secondo l'accordo stato regioni del 17 aprile 2025.

☐ di NON possedere la formazione richiesta ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 sulla salute e sicurezza sul lavoro, secondo l'accordo stato regioni del 17 aprile 2025

*se in possesso allegare attestati

Sì allega Curriculum Vitae.

Data: _____

Firma per esteso e leggibile

PARTE RISERVATA AL CONSENSO PREVENTIVO AL TIROCINIO da parte della Responsabile della Struttura

☐ Acconsento

al tirocinio presso il Servizio di : _____

TUTOR di riferimento: _____

Periodo dal _____ al _____

☐ NON Acconsento

Per la seguente motivazione

TIMBRO E FIRMA
Responsabile della Struttura