



PROGETTO FORMATIVO E DI ORIENTAMENTO

Rif. Convenzione stipulata in data

Nominativo del tirocinante

Nato a il

Residente in

C.F. Laureato in Psicologia in data:

Azienda/Ente ospitante

Sede del tirocinio (settore organizzativo)

Tempi di accesso ai locali aziendali

Periodo di tirocinio: (barrare 1 o 2 semestri di riferimento)

dal 15 marzo al 14 settembre dell'anno

dal 15 settembre al 14 marzo dell'anno

Aree del tirocinio: (indicarne due se 2 semestri di riferimento)

psicologia clinica

psicologia generale

psicologia sociale

psicologia dello sviluppo.

Tutor designato dall'Ente (Psicologo iscritto all'Albo):

Obiettivi e modalità del tirocinio: (max. 7 righe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Polizze Assicurative

- * Infortuni sul lavoro INAIL << gestione per conto dello Stato >> ai sensi dell'Art.2 del D.P.R. n. 156/99. (La denuncia di eventuali infortuni all'INAIL è a carico della struttura accettante).
- * Polizza Infortuni n. 771499433367 stipulata con la Società UNIPOL SAI S.p.a. e la polizza RCT/O n°. 65149946835.

Obblighi del tirocinante:

- * seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- * rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o 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 d'igiene e sicurezza.

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante

Firma e timbro dell'Azienda/Ente

Data