



Area dei Servizi Istituzionali  
Settore Servizi alla Didattica  
Ufficio Post Lauream

## ALBO A – Richiesta TPV

Al **MAGNIFICO RETTORE** dell'Università di Trieste

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa

\_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov.

Via \_\_\_\_\_ n.

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Via

Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail

### dichiara ai sensi del T.U. 445/2000

di essere in possesso di:

- laurea in Psicologia ante D.M. 509/1999 (vecchio ordinamento);
- laurea Specialistica classe 58/S in Psicologia;
- laurea Magistrale classe LM-51 in Psicologia,

conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ovvero**

di essere **laureando/a** presso l'Università di \_\_\_\_\_ e di dover conseguire la laurea:

- laurea in Psicologia ante D.M. 509/1999 (vecchio ordinamento);
- laurea Specialistica classe 58/S in Psicologia;
- laurea Magistrale classe LM-51 in Psicologia,

**entro e NON oltre il giorno precedente l'inizio del tirocinio.**

## CHIEDE

di essere ammesso/a al  **tirocinio pratico valutativo**  che si svolgerà per un monte-ore complessivo 750 pari a 30 CFU così distribuite:

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Monte-ore complessivo \_\_\_\_\_ ore equivalenti a \_\_\_\_\_ CFU \_\_\_\_\_

Azienda/Ente \_\_\_\_\_

Tutor: Dott./ssa \_\_\_\_\_

L'Amministrazione verificherà la veridicità di quanto scritto dal laureato e in caso di false dichiarazioni il tirocinio verrà annullato.

Trieste, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma tirocinante

# PROGETTO DI TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO

**Tirocinante** \_\_\_\_\_

**Tutor Psicologo responsabile** Dott./ssa \_\_\_\_\_

**Periodo di svolgimento** Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Monte-ore complessivo:

250 ore (10CFU)       375 ore (15CFU)       500 ore (20CFU)       750 ore (30 CFU)

Principali **obiettivi** formativi \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Principali **attività** assegnate \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Firma del Tutor Psicologo*

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO**  
**per l'abilitazione alla professione di Psicologo**  
*ex Lege 163/2021 e D. Intermin 567/2022 e*  
*integrazioni*

**A CURA DELL'AZIENDA OSPITANTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

Responsabile dell'Ente \_\_\_\_\_,

con sede in \_\_\_\_\_,

in riferimento alla Convenzione per i tirocini stipulata tra la Struttura da me rappresentata e l'Università degli Studi di Trieste (in base alla quale i tirocinanti sono assicurati – con polizze stipulate dall'Università stessa – per i rischi di Responsabilità Civile verso Terzi e per Infortunio),

**ACCOGLIE**

la richiesta del/la Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
tirocinante dell'Università di Trieste, di svolgere presso la struttura da me rappresentata il **tirocinio pratico valutativo - TPV** in Psicologia previsto dalla legge 163/2021 e successive modifiche ed integrazioni, obbligatorio per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo.

L'attività si svolgerà secondo le caratteristiche riassunte nell'*Allegato 1, Progetto di tirocinio*, firmato dal Tutor Psicologo responsabile.

Timbro dell'Ente e Firma del Responsabile

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_