



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Area servizi alla didattica e internazionalizzazione  
Settore Servizi alla Didattica  
Ufficio Post Lauream

## ALLEGATO A

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di accesso e dello svolgimento del Tirocinio di 1000 ore – Esame di stato per abilitazione PSICOLOGO sezione A**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA AI SENSI DEL T.U. 445/2000

- di essersi iscritto/a alla *prima/seconda* sessione dell'anno \_\_\_\_\_ all'esame di Stato per l'abilitazione alla professione di **Psicologo** (sez. A dell'albo professionale);

- di essere in possesso della laurea (*indicare quale*):

Psicologia anteriforma/Specialistica classe 58-S/Magistrale classe LM-51, conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

- di avere compiuto regolarmente il **tirocinio annuale continuativo di 1000 ore** previsto ai fini dell'accesso all'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione.

Il tirocinio è stato autorizzato dall'Università di \_\_\_\_\_.

- **Primo semestre** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ area (*se prevista*) \_\_\_\_\_

- **Secondo semestre** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ area (*se prevista*) \_\_\_\_\_

### OVVERO

- che terminerà il tirocinio entro il \_\_\_\_\_

Qualora ciò non avvenga si impegna a comunicare la rinuncia via e-mail a [esamidistato@amm.units.it](mailto:esamidistato@amm.units.it)

### RICHIEDE ALTRESÌ

di sostenere l'esame in lingua tedesca in quanto cittadino italiano residente nella Regione Trentino-Alto Adige  Sì  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_