


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</p> <p>DOMANDA DI TIROCINIO IN PSICOTERAPIA</p>	<p>IDR_ASST_GSRU_34</p> <p>Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 1 / 3</p>
--	--	---

SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Ufficio Tirocini

per e-mail

Il/La sottoscritto/a

Nome

Cognome

Riferimenti convenzione:

Data sottoscrizione

Validità dal al

CHIEDE

Di essere ammesso a frequentare presso:

Indicare il presidio ospedaliero o polo territoriale:

☐ Fatebenefratelli e Oftalmico ☐ L. Sacco ☐ V. Buzzi ☐ Macedonio Melloni ☐ Polo Territoriale

Indicare nome e indirizzo del reparto/sede territoriale che si intende frequentare:

Indicare il periodo:

dal al

n. ore

In qualità di **tirocinante in Psicoterapia**

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

Data di nascita

Comune di nascita

Cittadinanza

Codice fiscale

**DOMANDA DI TIROCINIO IN
PSICOTERAPIA**

Comune di residenza:

Indirizzo di residenza:

Comune di domicilio (solo se diverso dalla residenza):

Indirizzo domicilio:

Telefono

Email

Iscrizione alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia (indicare il nome della Scuola, codice MIUR):

Con sede in (indicare Città e Indirizzo):

Anno di corso:

Titolo di studio:

Abilitazione:


Iscrizione all'albo professionale:

data _____ numero _____

☐ di non aver riportato condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p. né di essere a conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali o sentenze di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p., o di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali in corso a proprio carico:

☐ di aver preso visione del Regolamento aziendale pubblicato sul sito internet e di accettare, senza riserve, ogni sua prescrizione e condizione;

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco</p>	<p>SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE</p> <p>DOMANDA DI TIROCINIO IN PSICOTERAPIA</p>	<p>IDR_ASST_GSRU_34</p> <p>Rev. 03 del 23/10/2025 Pagina 3 / 3</p>
---	--	---

- ☐ che in caso di accoglimento della presente domanda, la frequenza viene prestata interamente a titolo gratuito e che la stessa non costituirà rapporto di impiego né prefigura titolo, diritto o aspettativa di qualsivoglia genere di impiego;
- ☐ di riconoscere che non avrà alcun obbligo di servizio, né di orario, né di dipendenza, non potendo essere impegnato in attività che comportino autonomia decisionale, sostituzione del personale dipendente o spendita del nome aziendale;
- ☐ che in caso di interruzione della frequenza, anche temporanea, è tenuto ad informare tempestivamente il tutor aziendale;
- ☐ che in caso di infortunio durante la frequenza è tenuto ad informare tempestivamente il tutor aziendale e il soggetto promotore che si dovrà attivare per gli aspetti assicurativi;
- ☐ di manlevare l'ASST da ogni responsabilità derivante dalla frequenza della struttura.

Allega alla presente richiesta (DA PRESENTARE ALMENO 30 PRIMA DELL'INIZIO DEL TIROCINIO):

- ☐ progetto formativo individuale (*firmato dal tirocinante, tutor didattico, dal tutor aziendale oppure, ove previsto, dal rappresentante legale o delegato del soggetto ospitante*);
- ☐ copia dell'attestato di partecipazione al corso obbligatorio sulla sicurezza sul lavoro (parte generale – 4 ore);
- ☐ copia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale;

*Infine, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che **il tirocinio avrà inizio solo dopo la ricezione della comunicazione (tramite e-mail) da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane – Ufficio tirocini e l'attivazione del badge di rilevazione della presenza all'interno dell'Azienda.***

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale Protezione Dati UE del 27 aprile 2016 n. 679 e de D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto dichiara di essere informato, che i propri dati personali, anche giudiziari, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per cui presta il consenso al trattamento.

Luogo e data _____ Firma _____
(autografa del richiedente)

Sezione riservata all'Azienda

Vista la richiesta, il Direttore/Responsabile della struttura (o delegato) esprime **parere favorevole.**

TIMBRO E FIRMA TUTOR
(n. tirocinanti attualmente seguiti: _____)

TIMBRO E FIRMA DIRETTORE SC