

**DOMANDA DI TIROCINIO IN
PSICOTERAPIA**

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 veritieri, 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;

**DOMANDA DI TIROCINIO IN
PSICOTERAPIA**

- 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 _____
(autografo 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