**Spett.le**

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE**

**DI MANTOVA**

**Strada Lago Paiolo n. 10**

[**protocollogenerale@asst-mantova.it**](mailto:protocollogenerale@asst-mantova.it)

**alla cortese attenzione del Direttore Generale**

OGGETTO: Richiesta di svolgimento del tirocinio

Il/La sottoscritto/a ...............................………………………………………………………………………………

nato/a ............................……………… il ……/…./………. C.F. ………………………………………...…

e residente a ……………………………... (C.A.P. )..………… Piazza/Via ...............……………. n. ...

recapito telefonico: .................… e-mail ...............................… Pec ……………………………**CHIEDE**

la possibilità di svolgere un:

☐ tirocinio curriculare (*pre-laurea* previsto dal piano di studi) (n. ……………ore)

☐ TPV (*psicologia*) (n. ……………ore)

☐ tirocinio *professionalizzante post lauream* per l’ammissione all’esame di stato di abilitazione alla professione di psicologo (n. ……………ore)

☐ tirocinio per scuole in psicoterapia (n. ……………ore)

☐ tirocinio formativo del Master (n. ……………ore)

☐ stage previsto dai Percorsi per le Competenze Trasversali e l’orientamento (ex Alternanza Scuola - Lavoro) da parte di studenti del secondo ciclo di istruzione

presso il Servizio/Struttura/Ufficio

............................……………………………………………………………………...

Presidio di...................…………...…sito in via………………………………………………………………………...

per il periodo dal …/…./…… al …/…./…. per un monte ore complessivo di n. …… pari a CFU n. ….

monte ore settimanale ………………………………………………………………………………………………………….

articolazione oraria giornaliera: dalle ore ...... alle ore …. per n. …… giorni nella settimana.

Tutor Universitario……………………………………………………………………………………………………………………

Tutor Aziendale (se già disponibile) ……………………………………………………………………...………………

Titolo del tirocinio……………………………………………………………………………………………………...……………

Obiettivi e attività di svolgimento del tirocinio

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

1. di essere iscritto/a:

☐ Istituto d’istruzione …………………………………………………………………………………………………………………

☐ Corso di laurea ………………………………………………………………………………………………………………………

Dipartimento di ………………………………………………………………………………………………………………………….

Università ……………………………………………………………………………………………………………………………….…

☐ Corso di laurea magistrale ………………………………………………………………………………………………………

Dipartimento di ………………………………………………………………………………………………………………………….

Università ……………………………………………………………………………………………………………………………….…

☐ Scuola di specializzazione ………………………………………………………………………………………………………

iscrizione all’anno …………………………………

Università di …………………………………………………………………………………………………………………………….

Istituto di ………………………………………………………………………………………………………………………………….

☐ Master ………………………………………………………………………………………………………………………………….

☐ di I Livello ☐ di II Livello

Università di ………………………………………………………………………………………………………………………………

2. di essere in possesso del diploma/diploma di laurea/specializzazione in:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. Codice Matricola ……………………………………………………………………………………………………………………

Con la sottoscrizione del presente modulo, il richiedente dichiara altresì:

* che le informazioni rilasciate nel presente documento sono rese ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e di essere consapevole delle responsabilità anche di natura penale derivanti da dichiarazione mendace o contenente dati e notizie non veritiere (art. 76 del D.P.R. medesimo);
* di esprimere il consenso al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali contenuti nel presente documento, ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679 e del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, così come modificato ed integrato dal D.Lgs 10.08.2018, n. 101 – per le necessità derivanti dalla presente procedura.

…………………, lì ……/…/………. .........................................

(Firma del richiedente)

Allegati:

* copia documento di identità in corso di validità;
* attestazione di formazione generale e specifica, già in possesso, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi dell’art. 37 del D.Lgs n° 81 del 09.04.2008

Note:  
Qualora il candidato tirocinante non avesse alcune delle informazioni sopra richieste, si invita a scrivere nelle note un’ipotesi di quanto si desidera fare (es.: “preferirei concludere il tirocinio entro febbraio 2026” “il mio ambito di interesse sono i pazienti minori di età” “preferirei rimanere vicino al luogo dove ho segnalato di avere residenza”) ed eventuali domande. Tali elementi sono necessari per smistare le richieste in modo corretto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL TUTOR AZIENDALE DELLA STRUTTURA OSPITANTE**

Il/La sottoscritto/a.............................…………………………………………………………………………………

in servizio presso la ASST Mantova – Servizio Struttura di ……………………………………………….

sito in via………………………………………………a ……………………………………………………………………………

Qualifica ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Recapito telefonico: ...........…………………………… e-mail ................………………………...........…

dà la propria disponibilità a seguire il tirocinante …………………………………………………………………….

nel periodo dal ……/…/………. al ……/…/………. sopraindicato e dichiara di aver concordato le attività e gli obiettivi dichiarati.

Numero anni di esperienza lavorativa ………………………………………………………………………………

Numero tirocinanti seguiti nello stesso periodo: ……………………………………………………………………………...

(max 5 tirocinanti in contemporanea per le regole vigenti in Regione Lombardia)

…………………., lì ……/…/……….

.........................................

(Firma del Tutor Aziendale)