

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria
"Ospedali Riuniti"- viale Pinto n. 1
71100 Foggia

41. Al Dirigente Struttura Affari Generali
dott.ssa Laura Silvestris
dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria
"Ospedali Riuniti" - viale Pinto n. 1
71100 Foggia

Oggetto: Domanda di tirocinio post laurea in Psicologia.

Io sottoscritt _____ nat_a _____ il _____,
residente a _____ in Via _____
telefono _____ laureat__ in Psicologia il _____ presso l'Università degli Studi di:
_____ con voti _____, che ha svolto la propria Tesi di
Laurea dal titolo: _____

e interessat__ a svolgere il tirocinio post-laurea prescritto dal D.M. 239/92 presso strutture competenti dell'Azienda
O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia,

CHIEDE

di poter essere ammess__ a frequentare il tirocinio pratico post-laurea ne__ seguent__:

¥ I o II o semestre dal 15 Marzo _____ al 14 Settembre _____

Struttura _____
Area di: o Psicologia Clinica o Psicologia dello Sviluppo
o Psicologia Generale o Psicologia Sociale

¥ I o II o semestre dal 15 Settembre _____ al 14 Marzo _____

Struttura _____
Area di: o Psicologia Clinica o Psicologia dello Sviluppo
o Psicologia Generale o Psicologia Sociale

Il Tirocinante si impegna a stipulare idonea copertura assicurativa per infortuni e a presentare fotocopia del relativo
contratto assicurativo prima dell'inizio del tirocinio.

Per la supervisione del proprio tirocinio chiede inoltre di poter essere seguito per il:

- 1° semestre dal Dott. _____ Firma _____
- 2° semestre dal Dott. _____ Firma _____

psicologi iscritti all'albo e in organico presso l'Azienda stessa.

Per ogni informazione sa di potersi riferire alla Struttura Affari Generali, Viale Pinto n. 1 – 71100 FOGGIA, c/o
dott.ssa Laura Silvestris (tel .0881/732127 – fax 0881/732591- mai: llsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it

Data.....

Firma.....

Vista la domanda del/della dr. _____, si dichiara che la stessa è
compatibile con le esigenze delle strutture e si designano quali supervisori del tirocinio:

il dr. _____ per il I semestre, area _____

il dr. _____ per il II semestre, area _____

entrambi iscritti all'albo.

Timbro e Firma del Responsabile della Struttura di Psicologia
(dr.ssa Aida De Leonardis)