

TELEFONO		FAX	
E-MAIL			
SITO WEB			
NOMINATIVO DIRETTORE GENERALE <i>(o del responsabile dei tirocini a cui inoltrare la richiesta)</i>			
NOMINATIVO TUTOR ESTERNO del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio.	Nome/Cognome _____		
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SERVIZIO DI TIROCINIO (finalità del servizio, utenti, orari d'apertura, figure professionali presenti; allegare eventuali brochure, volantini dell'ente esterno)	Qualifica <input type="checkbox"/> Psicologo-psicoterapeuta <input type="checkbox"/> Medico-psicoterapeuta		

Data _____

Firma Allievo/a _____

LA RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA, COMPILATA E FIRMATA, VIA E-MAIL (info@cisspat.edu).