



C.I.S.S.P.A.T.

Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapie A Breve Termine

Riconosciuto dal MURST (ora MIUR) con D.M. del 29/01/2001 G.U. N.41 del 19/02/01
Sede Nazionale: 35131 PADOVA - Piazza De Gasperi, 41 - tel. 049.650861 fax 049.8595103
e-mail: info@cisspat.edu - www.cisspat.edu

RICHIESTA NUOVA CONVENZIONE TIROCINIO (modulo TM 01)

Master in Psicologia e Coaching nello Sport

DATI ALLIEVO/A CISSPAT:

COGNOME E NOME	
RECAPITO TELEFONICO	
E-MAIL	
ORE TIROCINIO GIÀ SVOLTE	N° ore.....

DATI ENTE ESTERNO:

DENOMINAZIONE STRUTTURA			
INDIRIZZO SEDE CENTRALE/GENERALE (via, cap, località, provincia)			
TELEFONO		FAX	
E-MAIL			
NOMINATIVO DIRETTORE GENERALE (o del responsabile dei tirocini a cui inoltrare la richiesta)			
EVENTUALE NOMINATIVO TUTOR ESTERNO			
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SERVIZIO DI TIROCINIO (finalità del servizio, utenti, orari d'apertura, figure professionali presenti; allegare eventuali brochure, volantini dell'ente esterno)			

Data _____

Firma Allievo _____

IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO, COMPILATO E FIRMATO, VIA E-MAIL (info@cisspat.edu).