

**PROGETTO INIZIALE TIROCINIO (modulo TC 02)**  
**Corso Triennale di Counseling C.I.S.S.P.A.T.**

Il presente modulo deve essere compilato a cura dell'allievo/a insieme al tutor esterno. Il modulo deve essere poi inviato via e-mail ([info@cisspat.edu](mailto:info@cisspat.edu)) unitamente al Modulo TC 01.

**DATI ALLIEVO/A CISSPAT**

|   |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>COGNOME E NOME</b>   |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NATO/A A</b>   |  | <b>IL</b>                        |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>RESIDENTE IN</b><br><i>(via, n°, cap, comune, provincia)</i> |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CODICE FISCALE</b>   | <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>RECAPITO TELEFONICO</b>                                      |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>E-MAIL</b>   |  |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ANNO DI CORSO</b>  | <input type="checkbox"/> 1° anno   | <input type="checkbox"/> 2° anno | <input type="checkbox"/> 3° anno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMAZIONI TIROCINIO**

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| <b>DENOMINAZIONE STRUTTURA</b>   |  |                       |  |
| <b>INDIRIZZO</b><br><i>(via, n°, cap, comune, provincia)</i>                                       |  |                       |  |
| <b>SEDE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO</b><br><i>(reparto, servizio,...)</i>                         |  |                       |  |
| <b>TELEFONO</b>  |  | <b>FAX</b>            |  |
| <b>E-MAIL</b>  |  |                       |  |
| <b>SITO WEB</b>  |  |                       |  |
| <b>CODICE FISCALE O PARTITA IVA</b>  |  |                       |  |
| <b>NOMINATIVO TUTOR ESTERNO</b><br>del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio. |  | <b>QUALIFICA</b>      |  |
| <b>RECAPITO TELEFONICO</b>   |  | <b>E-MAIL</b>         |  |
| <b>TEMPI DI ACCESSO IN STRUTTURA. GIORNI:</b>  |  | <b>ORARI</b>          |  |
| <b>MESE/ANNO INIZIO</b>  |  | <b>MESE/ANNO FINE</b> |  |
| <b>ORE TOTALI PREVISTE</b>   |  |                       |  |

La copertura assicurativa obbligatoria è già attiva per tutti gli allievi, è a carico della Scuola e comprende due polizze: una per infortuni con estensione della garanzia al contagio da HIV e da epatite B o C e una per Responsabilità Civile verso Terzi.

**A) Finalità generali del tirocinio:**

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

**B) Obiettivi specifici:**

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

**C) Modalità, fasi e tempi di svolgimento del tirocinio:**

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

**D) Attività che verranno svolte dal tirocinante:**

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

Data \_\_\_\_\_

Firma Allievo/a \_\_\_\_\_