Corso Triennale di Counseling Esistenziale riconosciuto da AssoCounseling CERT-0029-2010 Sede Nazionale: 35131 PADOVA – Piazza De Gasperi, 41- tel. 049.650861 fax 049.8595103 e-mail: info@cisspat.edu - www.cisspat.edu

RICHIESTA ATTIVAZIONE TIROCINIO (modulo TC 01) Corso Triennale di Counseling CISSPAT

DATI ALLIEVO/A CISSPAT:

COGNOME E NOME			
ATTUALE ANNO DI CORSO	□ 1° anno	□ 2° anno	□ 3° anno
RECAPITO TELEFONICO			
E-MAIL			
EVENTUALI ORE DI TIROCINIO GIÀ SVOLTE	N° ore		
DATI ENTE ESTERNO:			
DENOMINAZIONE ENTE/STRUTTURA			
	La struttura	à è già convenzionata	con il CISSPAT?
CONVENZIONE CISSPAT		□ sì □ no	
INDIRIZZO (via, n°, cap, comune, provincia)			
SEDE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (reparto, servizio,)			
TELEFONO		FAX	
E-MAIL			
SITO WEB			
CODICE FISCALE O PARTITA IVA			
NOMINATIVO DIRETTORE GENERALE (o del responsabile dei tirocini a cui inoltrare la richiesta)			
NOMINATIVO TUTOR ESTERNO del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio.		QUALIFICA	Counselor, psicologo, psicoterapeuta, altro
RECAPITO TELEFONICO TUTOR		E-MAIL	

Corso Triennale di Counseling Esistenziale riconosciuto da AssoCounseling CERT-0029-2010 Sede Nazionale: 35131 PADOVA – Piazza De Gasperi, 41- tel. 049.650861 fax 049.8595103 e-mail: info@cisspat.edu - www.cisspat.edu

Data	Firma Allievo/a
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SERVIZIO DI TIROCINIO (finalità del servizio, utenti, orari d'apertura, figure professionali presenti; allegare eventuali brochure, volantini dell'ente esterno)	

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO INSIEME AL TUTOR ESTERNO.

IL MODULO DEVE POI ESSERE INVIATO VIA E-MAIL (<u>info@cisspat.edu</u>)
UNITAMENTE AL MODULO TC 02 – PROGETTO FORMATIVO.