

## TIROCINIO PRATICO FORMATIVO PER GLI ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA RICONOSCIUTE DAL MIUR

### Modulo per la presentazione dei progetti formativi

(Rif. Convenzione \_\_\_\_\_ stipulata in data \_\_\_\_\_)

#### SOGGETTO PROMOTORE:

<b>DENOMINAZIONE</b>	C.I.S.S.P.A.T. Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapia a Breve Termine
<b>SEDE</b>	Piazza De Gasperi 41, 35131 - Padova
<b>RECAPITI</b>	<i>Tel.</i> 049-650861 <i>Fax</i> 049-8595103 <i>E-mail</i> <a href="mailto:info@cisspat.edu">info@cisspat.edu</a> <i>PEC</i> <a href="mailto:cert@pec.cisspat.edu">cert@pec.cisspat.edu</a> <i>Sito</i> <a href="http://www.cisspat.edu">www.cisspat.edu</a>
<b>TUTOR INTERNO</b>	<b>Dott.ssa Marilla Malugani</b> <i>Tel.</i> 049-650861 <i>E-mail</i> <a href="mailto:info@cisspat.edu">info@cisspat.edu</a>
<b>POLIZZE ASSICURATIVE</b>	Il soggetto Promotore garantisce che il tirocinante, nello svolgimento delle attività previste dal presente documento, è coperto dalle seguenti polizze: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infortuni sul lavoro</b> (verrà comunicato ad inizio tirocinio).</li> <li>• <b>Responsabilità civile verso terzi</b> (verrà comunicato ad inizio tirocinio).</li> </ul>

#### DATI DEL TIROCINANTE:

<b>NOME E COGNOME</b>			
<b>LUOGO, DATA DI NASCITA</b>			
<b>CODICE FISCALE</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b> (Via/Piazza n°, cap, comune)			
<b>RECAPITO CELL.</b>			
<b>RECAPITO E-MAIL</b>			
<b>PORTATORE DI HANDICAP</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>ISCRIZIONE ALBO PSICOLOGI</b>	Regione	<input type="text"/>	N° <input type="text"/>
	Data di iscrizione	<input type="text"/>	
<b>SOLO PER I TIROCINANTI STRANIERI</b>	Grado di conoscenza della lingua italiana: <input type="checkbox"/> SUFFICIENTE <input type="checkbox"/> DISCRETO <input type="checkbox"/> OTTIMO		
<b>ELENCO DEI CORSI IN MATERIA DI PREVENZIONE E SICUREZZA FREQUENTATI</b>	<input type="checkbox"/> FORMAZIONE GENERALE BASE (4 ore)	<b>FORMAZIONE SPECIFICA:</b> <input type="checkbox"/> rischio basso 4 ore <input type="checkbox"/> rischio medio 8 ore <input type="checkbox"/> rischio alto 12 ore	



### SOGGETTO OSPITANTE:

<b>DENOMINAZIONE</b>		
<b>SEDE Ufficio di riferimento</b> (via/piazza, cap, comune)		
<b>SEDE DEL TIROCINIO</b> (UOC/SOS/Reparto/Servizio)		
<b>TUTOR AZIENDALE</b>	Nominativo	
	Recapito tel. ufficio	
	Recapito mail ufficio	

### DETTAGLI DEL TIROCINIO:

<b>PERIODO DI SVOLGIMENTO E MONTE ORE TOTALE</b>	DAL <input type="text"/> <small>GG/MM/AAAA</small>	AL <input type="text"/> <small>GG/MM/AAAA</small>	Monte ore: <input type="text"/>
<b>OBIETTIVI E MODALITÀ DEL TIROCINIO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> A SCOPO DI FORMAZIONE		
<b>DETTAGLIO OBIETTIVI</b>	<p>Scopo principale del tirocinio è quello di consentire all'allievo/a di applicare nella realtà pratica quanto appreso durante il percorso di studi in linea con la specificità del modello di formazione adeguatamente adattato alle esigenze del servizio e all'utenza ad esso afferente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Affinare le capacità di interazione all'interno del servizio in cui è inserito al fine di realizzare buone relazioni di collaborazione e di scambi di vissuti con gli altri operatori.</li><li>- Potenziare le capacità relazionali, di ascolto, di comunicazione nel rispetto delle caratteristiche di personalità e delle dinamiche intrapsichiche specifiche dell'utente.</li><li>- Sperimentarsi nel ruolo di psicologo-psicoterapeuta per acquisire consapevolezza delle proprie capacità, lacune e/o difficoltà nella relazione paziente-psicologo.</li></ul>		
<b>ATTIVITÀ PREVISTE</b>	<p><b>Affiancamento del tutor aziendale</b> ad una o più delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- a incontri di valutazione dell'utenza;</li><li>- a interventi psicodiagnostici;</li><li>- a incontri di tipo psicoterapeutico individuali e/o di gruppo;</li><li>- a riunioni di équipe e supervisioni.</li></ul>		



#### Doveri del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- mantenere la necessaria e prevista riservatezza su dati, informazioni e conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti acquisiti durante lo svolgimento del tirocinio e su tutto ciò che rientra nell'ambito del segreto professionale;
- dichiarare un eventuale stato di gravidanza sia all'atto della richiesta, sia durante il periodo di frequenza;
- rispettare quanto previsto dai regolamenti interni delle Strutture Ospitanti, le norme in materia di igiene e sicurezza e rendere noti, entro 24 ore dall'evento, eventuali infortuni occorsi durante il periodo di tirocinio.

#### FIRME

<b>Tirocinante</b> (Data e firma)	<b>Legale rappresentante del soggetto promotore</b> (Data, timbro e firma)	<b>Tutor</b> <b>del soggetto promotore</b> (Data e firma)	<b>Tutor</b> <b>del soggetto ospitante</b> (Data e firma)
Data: _____	Data: _____	Data: _____	Data: _____
Dott./Dott.ssa _____	Dott.ssa <i>Marilla Malugani</i>	Dott.ssa <i>Marilla Malugani</i>	Dott./Dott.ssa _____

*Le firme devono essere apposte per esteso.*