

Allegato B - CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICA E  
DELLA SALUTE NEL CICLO DI VITA

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL TIROCINIO PRE-LAUREA**

**Il/la sottoscritto/a studente del C.d.L. Classe LM-51, iscritto/a al II anno (A.A.....)**

Cognome e nome		matricola	
Luogo e data di nascita		Residente (città/cap)	
Indirizzo e-mail		Tel./Cell.	
Codice Fiscale			

**avendo acquisito un totale di .....CFU di cui :**

		CFU
	Materie sostenute	
	Laboratori (accreditati <i>on-line</i> ):	
	Altre attività formative accreditate:	

**CHIEDE** di svolgere il tirocinio presso

Soggetto ospitante (denominazione dell'ente)	Riferimenti della convenzione	Tutor Esterno
Denominazione..... ..... Recapito telefonico .....	N°..... Data.....	Cognome ..... Nome ..... N° iscrizione all'albo ..... Data di iscrizione .....
<b>Tutor Interno</b> (soggetto ospitante Univ di Messina)	Cognome e Nome .....	
<b>Sede/i del tirocinio</b>	<b>Previsione del periodo di tirocinio</b>	
	<input type="checkbox"/> 1° trimestre (1 Febbraio -30 Aprile) <input type="checkbox"/> 2° trimestre (1 Maggio - 31 Luglio) <input type="checkbox"/> 3° trimestre (1 Settembre -30 Novembre)	

Firma dello studente	Data
----------------------	------

**Si allega:**

- fotocopia del documento di identità
- libretto online