

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

DOMANDA DI AMMISSIONE AL TPV CURRICULARE

Il/la sottoscritto/a studente del C.d.L. Classe LM-51 abilitante, iscritto/a al

I anno (a.a.)

II anno (a.a.)

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

avendo acquisito un totale diCFU così come segue:

	<i>Insegnamenti sostenuti e verbalizzati</i>	CFU

CHIEDE

di svolgere il tirocinio I periodo II periodo dal _____ al _____ presso

Soggetto ospitante	Tutor Supervisore
Denominazione _____ Sede _____ Recapito telefonico _____ Convenzione del ____/____/____	Cognome _____ Nome _____ Iscritto/a all'Albo degli Psicologi regione: <input type="checkbox"/> Sicilia <input type="checkbox"/> Calabria <input type="checkbox"/> Altro _____ Numero iscrizione _____ Data di iscrizione _____

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

Si allega:

- fotocopia del documento di identità

*I campi indicati sono tutti da compilare obbligatoriamente e in maniera esaustiva e chiara

**I campi indicati sono tutti da compilare obbligatoriamente e in maniera esaustiva e chiara*