**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita**

Registro delle attività di tirocinio

(ex art. 10, comma 5, lettere d, e)

**a.a.**

Cognome …………….………………… Nome ………........…………

n° matr. ……………………..., nato/a a ………………………........…

il …………………….. residente a …………………………….......…

in via ……………………………………..….....…………., n. ………..

Tel. ………………………....……… Cell. …....…………..………....…

e-mail iscritto/a al **II** anno del Corso

di Laurea Magistrale ***Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita***

(classe LM-51)

Il Coordinatore (Prof. M. Ingrassia)

|  |
| --- |
|  **SEDE DEL TIROCINIO:** |
| **Data** | **Descrizione Attività Svolta** | **Orario** | **Firma del tutor** |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
|  |  | dalle .................alle ................... |  |
| **TOTALE ORE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SINTESI ATTIVITÀ DI TIROCINIO (8 CFU) |
| **Data** | Denominazione della struttura | **Ore Totali** | **Firma tutor esterno** | **Firma responsabile struttura** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |