



**CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
INDIRIZZO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**

Anno Accademico 20___ / 20___

ASSEGNAZIONE TIROCINIO

DATI TIROCINANTE

Dott _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Tel _____ cell _____ mail _____

DATI RIGUARDANTI L'AZIENDA OSPITANTE

Ente ospitante _____

Struttura _____

Sede del tirocinio _____

Periodo del tirocinio: n° ore _____ dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

TUTOR AZIENDALE: Dott _____

QUALIFICA PROFESSIONALE: _____

ORIENTAMENTO TEORICO: _____

POLIZZA ASSICURATIVA

Attestato di copertura n° _____ Compagnia _____

Polizza infortuni n° _____

Polizza resp. civ. terzi n° _____

