



CESIP^c

Centro Studi In Psicoterapia Cognitiva

**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVA
AD INDIRIZZO COSTRUTTIVISTA**

Riconosciuta dal Ministro dell'Università
e della Ricerca Scientifica e Tecnologica
con Decreto del 31.12.1993

**Sedi riconosciute a
Firenze, Padova e Livorno**

REGISTRO DEL TIROCINIO PRATICO

NOMINATIVO ALLIEVO

Dott./Dott.ssa _____

CODICE del CORSO

ANNO FORMATIVO

ANNO DI CORSO (I, II, III, IV)

SEDE DEL TIROCINIO (Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera, Struttura privata accreditata/convenzionata)

STRUTTURA DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO (Ente, Dipartimento, Distretto, Reparto, Ambulatorio etc....)

NOMINATIVO DEL TUTOR

DATA	ORARIO	N. ORE	ATTIVITÀ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
		TOT. PARZIALE ORE	

FIRMA ALLIEVO _____

FIRMA E TIMBRO DEL TUTOR O RESPONSABILE TIROCINI

DATA	ORARIO	N. ORE	ATTIVITÀ
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
		TOT. MONTE ORE ANNUO	
		EVENTUALE DEBITO RESIDUO	
		N. GIORNI TOTALI	

FIRMA ALLIEVO _____

FIRMA E TIMBRO DEL TUTOR O RESPONSABILE TIROCINI
