



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 | ATTIVITA' |
|------|--------|-------|-----------|
| 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. PARZIALE ORE:

FIRMA ALLIEVO _____

FIRMA E TIMBRO DEL TUTOR O RESPONSABILE TIROCINI

| DATA | ORARIO | N.ORE | ATTIVITA' |
|--------------------------|--------|-------|-----------|
| 53. | | | |
| 54. | | | |
| 55. | | | |
| 56. | | | |
| 57. | | | |
| 58. | | | |
| 59. | | | |
| 60. | | | |
| 61. | | | |
| 62. | | | |
| 63. | | | |
| 64. | | | |
| 65. | | | |
| 66. | | | |
| 67. | | | |
| 68. | | | |
| 69. | | | |
| 70. | | | |
| 71. | | | |
| 72. | | | |
| 73. | | | |
| 74. | | | |
| 75. | | | |
| 76. | | | |
| 77. | | | |
| 78. | | | |
| TOT. MONTE ORE ANNUO | | | |
| EVENTUALE DEBITO RESIDUO | | | |
| N. GIORNI TOTALI | | | |

FIRMA ALLIEVO _____

FIRMA E TIMBRO DEL TUTOR O RESPONSABILE TIROCINI
