

ANNO FORMATIVO 2022

Oggetto: certificazione dello svolgimento del tirocinio pratico di specializzazione in psicoterapia

Si attesta che

lo specializzando tirocinante Dott./Dott.ssa _____
nato a _____ il _____ C.F. _____
iscritto presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitiva ad indirizzo costruttivista del CESIPc
(Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva), codice MIUR n. 9,
alla (I, II, III o IV) _____ annualità dell'A. F. 2022
nella sede didattica di (Firenze o Padova) _____

ha svolto
presso l'Ente (denominazione dell'Ente) _____
nell'unità operativa (denominazione unità operativa) _____
in virtù della convenzione in corso di validità tra l'Ente e la Scuola, un periodo di tirocinio di formazione e
orientamento compreso tra il (data di inizio) _____ e il _____ (data di fine),
per complessive (numero) _____ ore, sotto la responsabilità del tutor psicoterapeuta incaricato
Dott./Dott.ssa (nome e cognome) _____.

Certificazione rilasciata per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma e timbro Ente ospitante
(Nome e cognome di chi firma)

(Il Legale Rappresentante oppure delegato oppure tutor psicoterapeuta)

ATTESTAZIONE DA STAMPARE SU CARTA INTESATA DELLA STRUTTURA OSPITANTE

Anno Formativo 2022
REGISTRO DELLA FREQUENZA DEL TIROCINIO PRATICO
(PAG 1/2)

	DATA	ORARIO	N.ORE	ATTIVITA'
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.				
			NUMERO PARZIALE ORE (pagina 1/2)	

FIRMA ALLIEVO _____

Firma e timbro Ente ospitante
(Nome e cognome di chi firma)

(Il Legale Rappresentante oppure delegato oppure tutor psicoterapeuta)

Anno Formativo 2022
REGISTRO DELLA FREQUENZA DEL TIROCINIO PRATICO
(PAG 2/2)

	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.				
			NUMERO PARZIALE ORE (<i>pagina 2/2</i>)	
			TOT. NUMERO ORE (<i>pagina 1+ pagina 2</i>)	
			TOT. GIORNI DI FREQUENZA	

FIRMA ALLIEVO _____

Firma e timbro Ente ospitante
(Nome e cognome di chi firma)

(Il Legale Rappresentante oppure delegato oppure tutor psicoterapeuta)