

*Da stampare su carta intestata della struttura ospitante*

**Oggetto: certificazione dello svolgimento del tirocinio pratico di specializzazione in psicoterapia, Anno Formativo 2022**

Si attesta che

lo specializzando tirocinante Dott. *(nome e cognome)* nato a *(città)* il *(data)* C.F. *(Codice fiscale)* iscritto per l'Anno Formativo 2022, presso la Scuola di specializzazione in Psicoterapia cognitiva ad indirizzo costruttivista del CESIPc (Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva), codice MIUR n. 009,

al  primo  secondo  terzo  quarto anno  
nella sede didattica di  Firenze  Padova

ha svolto

presso l'Ente *(denominazione dell'Ente)* nell'unità operativa *(denominazione unità operativa)*, in virtù della convenzione in corso di validità, il tirocinio pratico di formazione e orientamento dal *(data di inizio)* al *(data di fine)*, per complessive *(numero)* ore, sotto la responsabilità del tutor psicoterapeuta incaricato Dott. *(nome e cognome)*.

*Certificazione rilasciata in carta libera 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)*

**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 <i>(pagina 1/2)</i>	

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)**

	<b>DATA</b>	<b>ORARIO</b>	<b>N.ORE</b>	<b>ATTIVITA'</b>
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)*