

DICHIARAZIONE INIZIO TIROCINIO

Gentile allievo, ti chiedo di compilare la tabella sottostante (puoi utilizzare la funzione Strumenti, Compila e firma), in modo da fornire alla Scuola le informazioni relative al tuo **tirocinio di specializzazione di questo anno formativo**.

Puoi inviare questo modulo compilato all'indirizzo: tirocinicesipc@cesipc.it.

Ti ringrazio della collaborazione. Per qualsiasi chiarimento o richiesta di informazioni, non esitare a contattarmi.

La Responsabile della Segreteria Didattica del CESIPc
Dott.ssa Patrizia Bruno

DATI SPECIALIZZANDO

Nome e cognome	
Anno di corso	<input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/> 4°
Numero di telefono	

DATI TIROCINIO

STRUTTURA Nome completo della struttura ospitante	
Indirizzo completo della sede dove ti rechi a svolgere il tirocinio	
Reparto/Dipartimento/Settore <i>(se previsto)</i>	
TUTOR Nominativo e qualifica <i>(Psicologo, psichiatra o neuropsichiatra infantile)</i>	
<u>DATA DI INIZIO TIROCINIO</u>	
<u>DATA PRESUNTA DI FINE TIROCINIO</u>	