

**Centro di Studi e di Applicazione della Psicologia Relazionale**  
**Scuola di Specializzazione riconosciuta dal M.U.R.S.T.**  
(D.M. 29/09/94 – G.U. 246 del 20/10/94 - D.M. 25/05/01 – G.U. 160 del 12/07/01)

***Scheda di richiesta tirocinio post-lauream per Psicologi***

*Barrare il semestre per cui si intende chiedere la possibilità di svolgere il tirocinio:*

- I SEMESTRE*    *15 marzo – 15 settembre dell'anno* \_\_\_\_\_  
 *II SEMESTRE*    *15 marzo – 15 settembre dell'anno* \_\_\_\_\_
- I SEMESTRE*    *15 settembre – 15 marzo dell'anno* \_\_\_\_\_  
 *II SEMESTRE*    *15 settembre – 15 marzo dell'anno* \_\_\_\_\_

*Cognome e nome:* \_\_\_\_\_

*Via/Piazza:* \_\_\_\_\_

*Città:* \_\_\_\_\_ *C.A.P.:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

*Tel. abitazione:* \_\_\_\_\_ *Cell.:* \_\_\_\_\_

*Luogo e data di nascita:* \_\_\_\_\_

*Stato Civile:* \_\_\_\_\_

*Laurea in Psicologia*     *Triennale*                       *Quinquennale*  
*conseguita il* \_\_\_\_\_ *presso l'Università degli Studi di* \_\_\_\_\_

*Titolo della Tesi:* \_\_\_\_\_

*Relatore:* \_\_\_\_\_ *Voto finale/media esami:* \_\_\_\_\_

*Data:* \_\_\_\_\_ *Firma:* \_\_\_\_\_

**N.B.** Si prega di compilare il modulo in stampatello e leggibile, consegnare alla Segreteria del Centro Studi allegando un curriculum vitae e certificato di laurea. Questo modulo non è vincolante; è tuttavia necessario in caso di rinuncia avvertire la Segreteria del Centro Studi con almeno 45 gg. di anticipo rispetto alla data di inizio tirocinio.

*Ai sensi della legge 196/03, il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ivi riportati.*