

**Al Consiglio del Friuli Venezia Giulia
dell'Ordine degli Psicologi
Piazza N. Tommaseo, 2
34100 Trieste**

**Alla Facoltà di Psicologia
Via San Anastasio, 12
34100 Trieste**

__ I __ sottoscritt _____ in
qualità di legale rappresentante di _____
con sede in _____ via _____ Cap _____ PROV _____
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
referente amministrativo delle pratiche di tirocinio _____
numero di telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

il riconoscimento della struttura di cui sopra quale sede idonea allo svolgimento delle attività di tirocinio così come definito dal DPR 328/01 e successive modificazioni per

- Psicologi (2 semestri) Numero tirocinanti* _____
- Dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali organizzativi e del lavoro (1 semestre) Numero tirocinanti* _____
- Dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità (1 semestre) Numero tirocinanti* _____

* Disponibilità di massima

A tal fine ..I... sottoscritt...., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge 4.1.1968, n. 15 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara che le informazioni più sotto riportate corrispondono a verità.

AREA DELLA SEDE

Anni di attività della sede : _____

Sede con psicologi in organico

Sede senza psicologi in organico

(Regolamento tirocini dottore in tecniche psicologiche, art. 6 c. 3;
Regolamento tirocinio finalizzato all'ammissione all'esame di Stato per la
Sezione A dell'Albo siglato in data 14/2/2005, art. 6 c. 3)

Tipologia :

A.S.S.	<input type="checkbox"/>	Istituto scolastico privato	<input type="checkbox"/>
Ente locale	<input type="checkbox"/>	Organizzazione del III° settore*	<input type="checkbox"/>
Studio associato	<input type="checkbox"/>	Agenzie interinali	<input type="checkbox"/>
Società di consulenza	<input type="checkbox"/>	Azienda	<input type="checkbox"/>
Istituto scolastico pubblico	<input type="checkbox"/>		
Altro _____			

*(Cooperative, associazioni di volontariato, ass. di promozione sociale, fondazioni, associazioni o enti religiosi, associazioni sportive, enti di formazione, ong, etc).

AREE DI TIROCINIO PER PSICOLOGI:

Area Psicologia Clinica

Area Psicologia Generale**

Area Psicologia Sviluppo ed Educazione***

Area Psicologia Sociale ****

** All'interno dell'area Psicologia generale rientrano : scienze cognitive, neuroscienze e psicologia dello sport.

*** All'interno dell'Area Psicologia Sviluppo ed Educazione rientra: psicologia scolastica.

**** All'interno dell'Area Psicologia Sociale rientrano: psicologia socio - culturale, del lavoro ed ergonomica.

ATTIVITÀ PER PSICOLOGI:

Diagnosi Sperimentazione

Abilitazione - Riabilitazione Ricerca

Diagnostica Didattica

Sostegno

Altro _____

ATTIVITÀ DI TIROCINIO PER DOTTORI IN TECNICHE PSICOLOGICHE :

Contesti sociali organizzativi e del lavoro

- ❑ realizzazione di progetti formativi diretti a promuovere lo sviluppo delle potenzialità di crescita individuale e di integrazione sociale, a facilitare i processi di comunicazione, a migliorare la gestione dello *stress* e la qualità della vita;
- ❑ applicazione di protocolli per l'orientamento professionale, per l'analisi dei bisogni formativi, per la selezione e la valorizzazione delle risorse umane;
- ❑ applicazione di conoscenze ergonomiche alla progettazione di tecnologie e al miglioramento dell'interazione fra individui e specifici contesti di attività;
- ❑ esecuzione di progetti di prevenzione e formazione sulle tematiche del rischio e della sicurezza;
- ❑ utilizzo di *test* e di altri strumenti standardizzati per l'analisi del comportamento, dei processi cognitivi, delle opinioni e degli atteggiamenti, dei bisogni e delle motivazioni, dell'interazione sociale, dell'idoneità psicologica a specifici compiti e condizioni;
- ❑ elaborazione di dati per la sintesi psicodiagnostica prodotta dallo psicologo;
- ❑ collaborazione con lo psicologo nella costruzione, adattamento e standardizzazione di strumenti di indagine psicologica;
- ❑ attività didattica nell'ambito delle specifiche competenze caratterizzanti il settore;

Servizi alla persona e alla comunità

- ❑ partecipazione all'*équipe* multidisciplinare nella stesura del bilancio delle disabilità, delle risorse, dei bisogni e delle aspettative del soggetto, nonché delle richieste e delle risorse dell'ambiente;
- ❑ attuazione di interventi per la riabilitazione, rieducazione funzionale e integrazione sociale di soggetti con disabilità pratiche, con *deficit* neuropsicologici, con disturbi psichiatrici o con dipendenza da sostanze;
- ❑ collaborazione con lo psicologo nella realizzazione di interventi diretti a sostenere la relazione genitore-figlio, a ridurre il carico familiare, a sviluppare reti di sostegno e di aiuto nelle situazioni di disabilità;
- ❑ collaborazione con lo psicologo negli interventi psico-educativi e nelle attività di promozione della salute, di modifica dei comportamenti a rischio, di inserimento e partecipazione sociale;
- ❑ utilizzo di *test* e di altri strumenti standardizzati per l'analisi del comportamento, dei processi cognitivi, delle opinioni e degli atteggiamenti, dei bisogni e delle motivazioni, dell'interazione sociale, dell'idoneità psicologica a specifici compiti e condizioni;
- ❑ elaborazione di dati per la sintesi psicodiagnostica prodotta dallo psicologo;
- ❑ collaborazione con lo psicologo nella costruzione, adattamento e standardizzazione di strumenti di indagine psicologica;
- ❑ attività didattica nell'ambito delle specifiche competenze caratterizzanti il settore.

AREA DEI TUTOR

TOTALE PSICOLOGI ATTIVI PRESSO LA SEDE E DISPONIBILI A SVOLGERE FUNZIONI DI TUTORAGGIO _____

Di cui titolari/soci _____

Di cui dipendenti _____

Di cui convenzionati ai sensi del DPR 446/01 _____

Di cui a contratto _____

Di cui volontari _____

Ovvero ove non ci fossero professionisti psicologi all'interno della struttura e per le ASL

TOTALE N° REFERENTI PER I TIROCINI CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO ORGANIZZATIVO _____

DATI DEL REFERENTE N. 1

Nome e cognome _____

Tel _____ fax _____ e-mail _____

Struttura operativa/Dipartimento/Unità Operativa _____

DATI DEL REFERENTE N. 2

Nome e cognome _____

Tel _____ fax _____ e-mail _____

Struttura operativa/Dipartimento/Unità Operativa _____

DATI DEL REFERENTE N. 3

Nome e cognome _____

Tel _____ fax _____ e-mail _____

Struttura operativa/Dipartimento/Unità Operativa _____

DATI DEL TUTOR N.

Nome e Cognome _____

Iscritto all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della regione _____

Struttura operativa/Dipartimento/Unità Operativa _____

Impiegato presso la sede in qualità di:

Titolare

Socio Lavoratore

Convenzionato ai sensi del DPR 446/01

Consulente esterno/Contratto a progetto Con scadenza in data _____

Dipendente a tempo indeterminato

Dipendente a tempo determinato Con scadenza in data _____

Volontario

Tipo di occupazione:

Tempo pieno

Tempo parziale Per ore settimanali _____

AREA RISERVATA ALL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI

Iscritto all'Ordine _____

con il numero _____ dal _____

Note _____

DATI DEL TUTOR N.

Nome e Cognome _____

Iscritto all'Albo dell'Ordine degli Psicologi della regione _____

Struttura operativa/Dipartimento/Unità Operativa _____

Impiegato presso la sede in qualità di:

- Titolare
- Socio Lavoratore
- Convenzionato ai sensi del DPR 446/01
- Consulente esterno/Contratto a progetto Con scadenza in data _____
- Dipendente a Tempo indeterminato
- Dipendente a Tempo determinato Con scadenza in data _____
- Volontario

Tipo di occupazione:

- Tempo pieno
- Tempo parziale Per ore settimanali _____

<p>AREA RISERVATA ALL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI</p> <p>Iscritto all'Ordine _____</p> <p>con il numero _____ dal _____</p> <p>Note _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Qualora la sede si identifichi come “sede senza psicologi in organico” la stessa si dichiara disponibile all’inserimento di uno più psicologi con funzioni di tutor, limitatamente alle attività ed al periodo previsto per il tirocinio stesso.

..l.. sottoscritto si impegna inoltre a comunicare entro 90 giorni ogni modificazione intervenuta.

Si dichiara che copia della presente richiesta è stata inoltrata anche alla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Trieste per quanto di competenza.

Data _____

Firma (del legale rappresentante)