

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL TUTOR PSICOLOGO**  
**(ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
dichiara:

- 1) di essere iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> n. iscrizione \_\_\_\_\_
- 2) di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare disposto dall'Ordine degli Psicologi;
- 3) di svolgere la propria attività secondo l'art. 1 della legge 56 del 1989 presso

\_\_\_\_\_

(Via \_\_\_\_\_ – città \_\_\_\_\_) a decorrere dal \_\_\_\_\_  
in qualità di psicologo/a (**indicare se dipendente/convenzionato/collaboratore**) per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali<sup>2</sup>.

Il/La sottoscritto dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 di impegnarsi ad assumere massimo 2 tirocinanti in carico per il periodo di svolgimento del tirocinio, supervisionati in relazione a tematiche \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
Il Tutor

Visto:  
l'Ente/Struttura/Azienda

\_\_\_\_\_  
Il Responsabile Legale

<sup>1</sup> In caso di tirocinio accademico-curriculare l'anzianità di iscrizione all'Albo non può essere inferiore a 2 anni; in caso di tirocinio accademico professionalizzante o post lauream l'anzianità di iscrizione non può essere inferiore a 5 anni.

<sup>2</sup> Il rapporto di consulenza non può essere inferiore alle 20 ore settimanali.