



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DISCAB
Dipartimento di Scienze
Cliniche Applicate
e Biotecnologiche

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 **alla sezione A dell'Albo** degli Psicologi della Regione _____ dal _____¹ 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 settimanali².

Il/La sottoscritto dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 di impegnarsi ad assumere massimo **5 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

¹ 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 3 anni.**

² Il rapporto di dipendenza, collaborazione o consulenza non può essere inferiore alle **15 ore settimanali.**