

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria  
"Ospedali Riuniti" - viale Pinto n. 1  
71100 Foggia

41. Al Dirigente Struttura Affari Generali  
dott.ssa Laura Silvestris  
dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria  
"Ospedali Riuniti" - viale Pinto n. 1  
71100 Foggia

**Oggetto: Domanda di tirocinio post laurea in Psicologia.**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ laureat in Psicologia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di:  
\_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_, che ha svolto la propria Tesi di Laurea dal  
titolo: \_\_\_\_\_

e interessat a svolgere il tirocinio post-laurea prescritto dal D.M. 239/92 presso strutture competenti dell'Azienda O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia,

**CHIEDE**

di poter essere ammess a frequentare il tirocinio pratico post-laurea ne \_\_\_\_\_ seguent \_\_\_\_\_:

¥ I o II o semestre dal 15 Marzo \_\_\_\_\_ al 14 Settembre \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Area di: o Psicologia Clinica o Psicologia dello Sviluppo  
o Psicologia Generale o Psicologia Sociale

¥ I o II o semestre dal 15 Settembre \_\_\_\_\_ al 14 Marzo \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Area di: o Psicologia Clinica o Psicologia dello Sviluppo  
o Psicologia Generale o Psicologia Sociale

Il Tirocinante si impegna a stipulare idonea copertura assicurativa per infortuni e a presentare fotocopia del relativo contratto assicurativo prima dell'inizio del tirocinio.

Per la supervisione del proprio tirocinio chiede inoltre di poter essere seguito per il:

- 1° semestre dal Dott. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
- 2° semestre dal Dott. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

psicologi iscritti all'albo e in organico presso l'Azienda stessa.

Per ogni informazione sa di potersi riferire alla Struttura Affari Generali, Viale Pinto n. 1 – 71100 FOGGIA, c/o dott.ssa Laura Silvestris (tel .0881/732127 – fax 0881/732591- mai: llsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it

Data.....

Firma.....

Vista la domanda del/della dr. \_\_\_\_\_, si dichiara che la stessa è compatibile con le esigenze delle strutture e si designano quali supervisori del tirocinio:

il dr. \_\_\_\_\_ per il I semestre, area \_\_\_\_\_  
il dr. \_\_\_\_\_ per il II semestre, area \_\_\_\_\_

entrambi iscritti all'albo.

Timbro e Firma del Responsabile della Struttura di Psicologia  
(dr.ssa Aida De Leonardis)