

AVVISO PUBBLICO

PER AMMISSIONE TIROCINANTI ISCRITTI A SCUOLE/ISTITUTI DI SPECIALIZZAZIONE DI PSICOTERAPIA

In attesa di regolamentare l'accesso alle strutture aziendali per la frequenza di tirocini riferiti alla specializzazione in psicologia clinica e psicoterapia, si informano gli studenti interessati che possono presentare, tramite la scuola, domanda di ammissione per l'anno 2011.

L'ammissione al tirocinio riguarda gli studenti che, alla data odierna, **non hanno mai effettuato un tirocinio** di specializzazione in psicologia e psicoterapia presso strutture della nostra azienda.

➤ REQUISITI DI AMMISSIONE:

- Università e Scuole/istituti di psicoterapia riconosciuti dal MIUR ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 56/89
- Convenzione tra la scuola/istituto e l'azienda USL n. 5 di Pisa.

○ PERIODO DI RIFERIMENTO

I tirocini saranno effettuati nell'anno 2011 secondo una programmazione che sarà stabilita successivamente dai direttori della Psicologia, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile.

➤ PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le università/ scuole/istituti di psicoterapia possono presentare domanda di ammissione per i propri studenti, redatta in carta libera (secondo il modello allegato), alla ASL 5 – Pisa - Zona Valdera – Via Fantozzi 14 - 56025 PONTEDERA (c.a. Pampaloni Lorella) specificando il settore di attività richiesto (se psicologia territoriale, ospedaliera, Psichiatria o Neuropsichiatria infantile)

entro e non oltre il giorno **11 MARZO 2011**

Le domande devono essere inviate per posta entro la data indicata, pena esclusione. Farà fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

Questa Azienda si riserva la facoltà di modificare, annullare o sospendere il presente Avviso, qualora lo ritenesse opportuno.

Per informazioni e chiarimenti gli interessati possono rivolgersi alla ASL n. 5 – Pisa - Zona Valdera (Dott.ssa Pampaloni Lorella) – mail: l.pampaloni@usl5.toscana.it - Centro di Formazione - Via Gorizia n. 5 - Pontedera Tel. 0587/098804 – Ore 10,00 – 13,00 (escluso sabato).

Alla ASL n. 5 – Pisa

Via Fantozzi 14 - 56025 PONTEDERA (Pi)
c.a. Dott.ssa Pampaloni Lorella

OGGETTO: RICHIESTA FREQUENZA TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____,

nato a _____ il _____

rapresentante legale della seguente UNIVERSITA /SCUOLA /ISTITUTO DI PSICOTERAPIA:

(indicare denominazione esatta)

riconosciuta dal MIUR ai sensi dell'art. 3 della Legge 56/89 con D.M. _____ G.U. n. _____ del _____

avendo preso visione del relativo Avviso Pubblico, **CHIEDE** di ammettere il seguente studente:

_____ di cui alla scheda allegata

Nome e cognome

ad effettuare attività di tirocinio presso la vostra azienda.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1) che la sede legale della propria scuola/istituto è nel Comune di _____

C.A.P. _____ Prov. ____ località _____

Via/P.zza _____ n. ____

(TEL. _____ / _____) Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

2) – che la scuola/istituto è:

convenzionato con l'Azienda USL n. 5 di Pisa

non convenzionato alla data odierna con l'Azienda USL n. 5 di Pisa.

3) di essere disponibile a presentare adeguate polizze assicurative per rischi infortuni e per responsabilità civile verso terzi per gli studenti che saranno ammessi ad effettuare attività di tirocinio;

4) di autorizzare l'Azienda U.S.L. n. 5 - Pisa al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/03;

Data _____

FIRMA

SCHEDA INDIVIDUALE STUDENTE

NOME e COGNOME

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

Indirizzo posta elettronica: _____

Iscritto all'università/ scuola/istituto di psicoterapia _____

Sede _____

Anno di corso _____

Titolo di studio conseguito : laurea in psicologia laurea in Medicina e Chirurgia

conseguita presso l'Università degli Studi di _____

il _____ con votazione _____

Settore di tirocinio richiesto:

U.O.C. Psicologia Sezione di psicologia ospedaliera Psichiatria Neuropsichiatria infantile

INDIRIZZO PSICOTERAPEUTICO da applicare:

n. ore di tirocinio da effettuare: _____

LO STUDENTE

firma

**IL RAPPRESENTANTE LEGALE/DIRETTORE
UNIVERSITA'/SCUOLA/ISTITUTO DI PSICOTERAPIA**

firma

