



<b>TELEFONO</b>		<b>FAX</b>	
<b>E-MAIL</b>			
<b>SITO WEB</b>			
<b>NOMINATIVO DIRETTORE GENERALE</b> <i>(o del responsabile dei tirocini a cui inoltrare la richiesta)</i>			
<b>NOMINATIVO TUTOR ESTERNO</b> del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio.	Nome/Cognome _____		
	Qualifica <input type="checkbox"/> Psicologo-psicoterapeuta <input type="checkbox"/> Medico-psicoterapeuta		
<b>DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SERVIZIO DI TIROCINIO</b> (finalità del servizio, utenti, orari d'apertura, figure professionali presenti; allegare eventuali brochure, volantini dell'ente esterno)			

Data \_\_\_\_\_

Firma Allievo/a \_\_\_\_\_

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA, COMPILATA E FIRMATA, VIA E-MAIL ([info@cisspat.edu](mailto:info@cisspat.edu)).**