

PROGETTO INIZIALE TIROCINIO (modulo TC 02)
Corso Triennale di Counseling C.I.S.S.P.A.T.

Il presente modulo deve essere compilato a cura dell'allievo/a insieme al tutor esterno. Il modulo deve essere poi inviato via e-mail (info@cisspat.edu) unitamente al Modulo TC 01.

DATI ALLIEVO/A CISSPAT

COGNOME E NOME																							
NATO/A A		IL																					
RESIDENTE IN <i>(via, n°, cap, comune, provincia)</i>																							
CODICE FISCALE	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
RECAPITO TELEFONICO																							
E-MAIL																							
ANNO DI CORSO	<input type="checkbox"/> 1° anno	<input type="checkbox"/> 2° anno	<input type="checkbox"/> 3° anno																				

INFORMAZIONI TIROCINIO

DENOMINAZIONE STRUTTURA			
INDIRIZZO <i>(via, n°, cap, comune, provincia)</i>			
SEDE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO <i>(reparto, servizio,...)</i>			
TELEFONO		FAX	
E-MAIL			
SITO WEB			
CODICE FISCALE O PARTITA IVA			
NOMINATIVO TUTOR ESTERNO del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio.		QUALIFICA	
RECAPITO TELEFONICO		E-MAIL	
TEMPI DI ACCESSO IN STRUTTURA. GIORNI:		ORARI	
MESE/ANNO INIZIO		MESE/ANNO FINE	
ORE TOTALI PREVISTE			

La copertura assicurativa obbligatoria è già attiva per tutti gli allievi, è a carico della Scuola e comprende due polizze: una per infortuni con estensione della garanzia al contagio da HIV e da epatite B o C e una per Responsabilità Civile verso Terzi.

A) Finalità generali del tirocinio:

.....
.....
.....
.....
.....

B) Obiettivi specifici:

.....
.....
.....
.....
.....

C) Modalità, fasi e tempi di svolgimento del tirocinio:

.....
.....
.....
.....
.....

D) Attività che verranno svolte dal tirocinante:

.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Firma Allievo/a _____