

RICHIESTA ATTIVAZIONE TIROCINIO (modulo TC 01)
Corso Triennale di Counseling CISSPAT

DATI ALLIEVO/A CISSPAT:

COGNOME E NOME			
ATTUALE ANNO DI CORSO	<input type="checkbox"/> 1° anno	<input type="checkbox"/> 2° anno	<input type="checkbox"/> 3° anno
RECAPITO TELEFONICO			
E-MAIL			
EVENTUALI ORE DI TIROCINIO GIÀ SVOLTE	N° ore.....		

DATI ENTE ESTERNO:

DENOMINAZIONE ENTE/STRUTTURA			
CONVENZIONE CISSPAT	La struttura è già convenzionata con il CISSPAT? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
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 DIRETTORE GENERALE <i>(o del responsabile dei tirocini a cui inoltrare la richiesta)</i>			
NOMINATIVO TUTOR ESTERNO del Servizio presso il quale l'allievo/a svolgerà il tirocinio.		QUALIFICA	<i>Counselor, psicologo, psicoterapeuta, altro...</i> _____
RECAPITO TELEFONICO TUTOR		E-MAIL	

