

AUSL MODENA
DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE
SETTORE DI PSICOLOGIA CLINICA
Viale Molza n. 3
41121 MODENA
psicologiaclinica@ausl.mo.it

Domanda di Ammissione al Tirocinio Post-Lauream per laureati in Psicologia

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

Via _____

codice fiscale _____

tel /cell _____ indirizzo e/mail: _____

in possesso del diploma di Laurea in _____ conseguito presso
l'Università di _____

in data _____ Voto di Laurea: _____ / 110.

CHIEDE

di essere ammesso, ai sensi del D.M. 13.01.1992, n. 239 e successive modificazioni ed integrazioni, al tirocinio pratico post-lauream per laureati in Psicologia nella/nelle Unità Operativa/e e nei Distretti indicati secondo il seguente ordine di priorità:

UNITA' OPERATIVA	DISTRETTO	PERIODO (6 – 12 mesi)

A tal fine, **ALLEGA:**

- il proprio curriculum formativo
- il modulo predisposto dall'Università per la richiesta all'Azienda dell'autorizzazione al tirocinio (**"nulla osta" – vedi facsimile allegato**)
- certificazione del Corso Base per la Sicurezza sul Lavoro ex D. Lgs. 81/2008 [se il candidato non ne è in possesso, svolgerà il corso durante il tirocinio].

Il/La sottoscritto/a, inoltre, **DICHIARA:**

1. che non sussistono ipotesi di incompatibilità con detta frequenza:
 - con rapporti di lavoro subordinato;
 - con lo svolgimento di borsa di studio
 - con specializzazioni in corso
2. di non aver riportato condanne penali incluse quelle per le quali sia stato ottenuto il beneficio della non menzione e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione delle misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
ovvero
 - di avere riportato _____;
 - di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Dichiara di essere a conoscenza delle modalità di convocazione indicate nel bando per il colloquio di orientamento, e che la mancata presentazione al colloquio suddetto equivale a tutti gli effetti quale rinuncia al tirocinio.

Dichiara inoltre la seguente disponibilità oraria di massima:

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Mattina						
Pomeriggio						

Comunica, infine, che l'indirizzo cui far pervenire ogni eventuale comunicazione in merito alla presente richiesta è il seguente:

Con la presente è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000).

E' informato/a ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Modena,

IL/LA DICHIARANTE

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa Decreto Legislativo 196/03 art. 13 (privacy)*

- ✓ I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- ✓ il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- ✓ i dati non verranno comunicati a terzi;
- ✓ il conferimento dei dati è obbligatorio;
- ✓ la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la esclusione dalla procedura;
- ✓ Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.L.vo 196/03, rivolgendosi all'indirizzo specificato.