



**PROGETTO DI TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO (TPV)**

(Rif. Convenzione n° ..... Stipulata in data ..... )

Nominativo del tirocinante ..... e-mail.....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... via.....

Codice fiscale.....

Barrare se trattasi di studente/ssa con disabilità:      sì                      no

Iscritto al CdL in:               STP       Psicologia

TPV PRESSO STRUTTURE               Interne               Esterne      ALL' UNIVERSITA'

Azienda ospitante<sup>1</sup> .....

Indirizzo (sede legale).....

Sede/i del TPV (stabilimento/reparto/ufficio/laboratorio)<sup>2</sup>.....

Tempi di accesso ai locali della struttura ospitante .....

Periodo di TPV n° mesi..... dal.....al

Tutor indicato dal soggetto promotore: Commissione Tirocini Integrata dell'UNITS

Tutor aziendale/universitario<sup>3</sup>..... e-mail .....

Qualifica professionale Psicologa/o iscritta/o all'Albo A degli Psicologi della Regione ....

..... n. .... Anno.....<sup>4</sup>

**Università degli Studi di Trieste**  
**Dipartimento di Scienze della Vita**  
**Segreteria Didattica di**  
**Dipartimento**

Via Valerio 12/2-I34127-Trieste  
Edificio H3 – 1° piano  
Tel +39 040 558 2683  
Fax +39 040 558 4220

[www.units.it](http://www.units.it)  
[dsv.units.it](http://dsv.units.it)  
[didattica.dsv@units.it](mailto:didattica.dsv@units.it)

<sup>1</sup> Da compilare solo nel caso in cui si sia scelto di effettuare il TPV presso strutture esterne all' Università

<sup>2</sup> Indicare tutte le sedi di svolgimento abituale del TPV ai fini della copertura assicurativa del tirocinante. In caso di attività svolte occasionalmente in altro stabilimento o fuori sede è necessario darne preavviso via mail a [didattica.dsv@units.it](mailto:didattica.dsv@units.it).

<sup>3</sup> Se si è scelto di effettuare il TPV presso l'Università il Tutor dovrà essere selezionato dall' "Elenco docenti per il TPV interno" allegato al Regolamento del TPV del CdS-STP

<sup>4</sup> Da compilare solo nel caso in cui si sia scelto di effettuare il TPV presso strutture esterne all' Università



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**



Dipartimento di  
**Scienze della Vita**

Polizze assicurative:

Gestione per conto dello Stato (Pat Inail 99992000) e AXA Assicurazioni SPA n. 412248780 con scadenza 31/12/2025

Responsabilità civile verso terzi: AXA ASSICURAZIONI, pol. n. 412222617 con scadenza 31/12/2025.

---

**Università degli Studi di Trieste  
Dipartimento di Scienze della Vita  
Segreteria Didattica di  
Dipartimento**

Via Valerio 12/2-I34127-Trieste  
Edificio H3 – 1° piano  
Tel +39 040 558 2683  
Fax +39 040 558 4220

[www.units.it](http://www.units.it)  
[dsv.units.it](http://dsv.units.it)  
[didattica.dsv@units.it](mailto:didattica.dsv@units.it)





**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**



Dipartimento di  
**Scienze della Vita**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_<sup>5</sup>

Firma per Presa visione del tirocinante: \_\_\_\_\_<sup>6</sup>

Firma per l'ente promotore (Commissione Tirocini Integrata) \_\_\_\_\_

Firma per l' Azienda

Approvato dal CCdS in data: \_\_\_\_\_<sup>7</sup>

**Università degli Studi di Trieste**  
**Dipartimento di Scienze della Vita**  
**Segreteria Didattica di**  
**Dipartimento**

Via Valerio 12/2-I34127-Trieste  
Edificio H3 – 1° piano  
Tel +39 040 558 2683  
Fax +39 040 558 4220

[www.units.it](http://www.units.it)  
[dsv.units.it](http://dsv.units.it)  
[didattica.dsv@units.it](mailto:didattica.dsv@units.it)

<sup>5</sup> Data della presentazione della domanda (a cura del tirocinante).

<sup>6</sup> Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 il tirocinante dichiara inoltre di aver acquisito i CFU richiesti per la presentazione della corrente domanda di tirocinio come da regolamento per le attività di tipo F scaricabile alla sezione *Tirocini* del proprio Corso di Studi.

<sup>7</sup> Data dell'approvazione da parte del Consiglio del Corso di Studi (a cura della Segreteria)