**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

***Facoltà di Scienze della Formazione***

*CdS magistrale in Valutazione del funzionamento individuale in psicologia clinica e della salute*

**Scheda Presenze Tirocinio**

**(**da conservare a cura dello studente fino alla riconsegna al termine del Tirocinio**)**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| ANNO DI ISCRIZIONE |  |
| E-MAIL |  |
| TELEFONO |  |
| EVENTUALI CREDITI DI TIROCINIO RICONOSCIUTI |  |
| **DATA E N.ORE SVOLTE** | **Tipo di attività di Tirocinio** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Il Tutor Aziendale Lo studente Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA E N.ORE SVOLTE** | **Tipo di attività di Tirocinio** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Il Tutor Aziendale Lo studente Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VISTO per regolare svolgimento**

**Il Tutor didattico - organizzativo**