**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**