

All'Azienda USL Toscana Nord-Ovest
UOC FORMAZIONE
**Ufficio Gestione tirocini, specializzazioni
e rapporti con le Università**
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

**OGGETTO: domanda di ammissione al TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO per il
conseguimento dell'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI PSICOLOGO**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione per l'ammissione al tirocinio in oggetto secondo l'avviso approvato con decreto dirigenziale n. 3350 del 11/11/2025.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti di cui all'art. 76 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, anche penale,

DICHIARA

di essere nato/a _____ Provincia _____

il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____

residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

domiciliato a: _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

cell./tel. _____

indirizzo di posta elettronica ordinaria (no PEC) per ricevere comunicazioni/informazioni:

(scrivere in modo leggibile)

▪ Di essere di cittadinanza _____

□ Di essere in possesso della **Laurea Magistrale in Psicologia (Classe LM-51)**

conseguita in data ____ / ____ / ____ presso il seguente Ateneo:

Università di _____

con votazione: _____

e di richiedere l'attivazione del tirocinio tramite l'Università di: ☐ FIRENZE ☐ PISA

oppure

☐ Di essere **studente, iscritto al Corso di Laurea Magistrale in Psicologia** – Classe LM-51 abilitante, presso il seguente Ateneo:

☐ UNIVERSITA' DI FIRENZE

☐ UNIVERSITA' DI PISA

crediti CFU già conseguiti durante il corso di laurea Magistrale: n. _____

(indicare in maniera leggibile il numero dei crediti formativi conseguiti al momento della presentazione della presente domanda).

- Di preferire, per il tirocinio, la seguente struttura:
(i candidati devono indicare una sola struttura di preferenza ma possono segnalare una o più zone di interesse per il tirocinio):

☐ **Psicologia della Continuità Ospedale e Territorio**

☐ zona livornese

☐ zona elbana

☐ zona pisana

☐ zona lunigiana

☐ **Psicologia Salute Mentale Adulti, Infanzia/Adolescenza, Dipendenze- Area Nord**

☐ zona apuane

☐ zona Versilia

☐ zona Piana di Lucca

☐ zona Valle del Serchio

☐ **Psicologia Salute Mentale Adulti, Infanzia/Adolescenza, Dipendenze – Area Sud**

☐ zona livornese

☐ zona Valli Etrusche

☐ zona pisana

- Di allegare alla presente domanda fotocopia di un valido documento di identità;
- Di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse con l'Azienda USL Toscana nord ovest ai sensi della normativa vigente in materia.
Dichiara, altresì, di impegnarsi a segnalare a questa Azienda eventuali situazioni di conflitto di interessi insorte durante lo svolgimento del tirocinio.
- Di autorizzare l'Azienda USL Toscana Nord Ovest al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data ____/____/____

Firma _____