



AUTOCERTIFICAZIONE DEL TUTOR PSICOLOGO
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____,
dichiara:

1) di essere iscritto/a alla sezione A dell'Albo degli Psicologi della Regione _____ dal
_____ ¹ n. iscrizione _____

2) di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare disposto
dall'Ordine degli Psicologi;

3) di svolgere la propria attività secondo l'art. 1 della legge 56 del 1989 presso

(Via _____ – città _____) a decorrere dal _____
in qualità di psicologo/a (**indicare se dipendente/convenzionato/collaboratore**) per n. _____ ore
settimanali².

Il/La sottoscritto dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 di impegnarsi ad assumere massimo **5**
tirocinanti in carico per il periodo di svolgimento del tirocinio, supervisionati in relazione a
tematiche _____.

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo _____ data _____

In fede

Il Tutor

Visto:
l'Ente/Struttura/Azienda

Il Responsabile

¹ L'anzianità di iscrizione all'Albo non può essere inferiore a 3 anni.

² Il rapporto di dipendenza, collaborazione o consulenza non può essere inferiore alle 15 ore settimanali.