

Al Direttore Generale  
Al Responsabile del Servizio di Psicologia  
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**Oggetto:** Domanda di Ammissione al Tirocinio Pre-laurea Classe: **L 24**  **LM51**

Indicare la tipologia di percorso:  **TPV**  **Corso di Laurea non abilitante (NO TPV)**

Nuovo ordinamento – D.M. 654/2022

ex D.M. 270/2004

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a alla frequenza del tirocinio pre-laurea della durata di n. ore \_\_\_\_\_

presso uno dei servizi di codesta Azienda Sanitaria Provinciale.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (DPR 445 del 28/12/2000):

Di essere nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Di essere residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea in \_\_\_\_\_

dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

—  
**Per ogni comunicazione relativa si prega di utilizzare i seguenti recapiti:**

Via/piazza: \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ oppure \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il tirocinante**

\_\_\_\_\_

**Il Tutor**

**Responsabile del servizio**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allega progetto formativo**

**Allega copia del documento d'identità**