**Progetto formativo finalizzato al riconoscimento dell’attività professionale svolta**

**Dati Professionista**

Nominativo della professionista

Nata a

Residente

C.F.

Anno attuale di frequenza alla Scuola

Laureata in Psicologia in data

Iscritta all’ordine degli Psicologi della Regione SARDEGNA con numero

**Dati del contratto di lavoro**

Azienda/Ente

Sedi dell’attività svolta:

Inquadramento professionista:

Inizio ed eventuale termine del contratto di lavoro:

Funzioni assegnate:

Orari di accesso ai locali:

Ore settimanali/mensili di attività previste da contratto

**Attività lavorativa per cui si richiede il riconoscimento**

Titolo del progetto:

Periodo di attività di cui si richiede il riconoscimento: dal ….al…

Durata complessiva --- ore.

Anno di riferimento della Scuola (1°, 2°, 3°, 4°) ……

**Dati Tutor**

Supervisore designato dalla Scuola ……….

**Area di pertinenza dell’attività professionale:**

* servizi socio-sanitari
* istruzione e formazione
* sociale e educativa
* organizzazione lavoro

□ altro (specificare)………………………

**Obiettivi e modalità̀ di realizzazione del progetto formativo:**

**Attività professionalizzanti previste (come da DD.MM):**

* …………….

**Polizze Assicurative**

* Infortuni e rischio morte:
* Responsabilità civile:

**Obblighi del professionista**

* svolgere le mansioni così come previste dal contratto di lavoro e/o da accordi con il datore di lavoro
* rispettare gli obblighi di riservatezza per quanto attiene a dati, informazioni, processi produttivi, prodotti o conoscenze in merito agli utenti del servizio ospitante acquisiti durante e dopo lo svolgimento dell’attività professionale;
* rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

**Allegato: Copia del contratto di lavoro**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La professionista rilascia consenso per il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. n°196 del 30.6.2003 **e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)**

Firma *del professionista* ............................................................................

*Firma del legale Rappresentante dell’Azienda/Ente ……………*.......................................................................

Firma del Tutor della Scuola …………………………………………………………………………………..