RICONOSCIMENTO ATTIVITA’ PROFESSIONALE

Si ricorda che nell’ambito del regolamento dei tirocini, nel caso gli specializzandi esercitino un’attività lavorativa documentabile come psicologo, è possibile che questa venga parzialmente riconosciuta come attività di tirocinio per un massimo di ore pari al 60% di quelle da svolgere annualmente (di norma conteggiate pari a 600 ore).

L’attività lavorativa di cui si richiede il riconoscimento dovrà essere collegata ad un progetto formativo che gli interessati formuleranno congiuntamente con un tutor interno alla Scuola, e sarà sottoposta ad una verifica rispetto ai risultati raggiunti.

Sulla base di quanto approvato dal Consiglio della Scuola non sono riconoscibili le attività libero professionali certificabili esclusivamente tramite fattura all’utente finale.

Al fine di ottenere un eventuale esonero parziale dalle attività di tirocinio ogni specializzanda/o interessata/o deve richiedere al datore di lavoro la seguente documentazione da presentare al Consiglio della Scuola:

* Copia del contratto di lavoro (integrale o con omissione del compenso) o altro documento equipollente rilasciato dal legale rappresentante dell’Ente in carta intestata che specifichi le generalità dello specializzando/a, gli estremi del contratto (inizio, fine, etc.), l’inquadramento del professionista, le funzioni assegnate e il numero di ore svolto settimanalmente/mensilmente.

Il Consiglio della Scuola valuterà di volta in volta, sulla base dell’istruttoria svolta dalla apposita Commissione il monte ore di attività lavorativa che potrà essere riconosciuta come tirocinio.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAC-SIMILE

Da produrre su carta intestata dell’Ente a firma del Legale Rappresentante

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………, legale rappresentante dell'Ente/Azienda/Impresa

 ……………………………………………………… con sede a …………………………… via ………………………………………. N……

DICHIARO/CERTIFICO/ATTESTO

​

che la dott.ssa/dott ……………………………………………………………… è impiegato/dipendente presso l'Impresa da me gestita con le mansioni di ………………………………………………............... da compiere in un intervallo di tempo…………………………………………….. per una frequenza settimanale/mensile di ……………………………… e con assunzione delle responsabilità …………………………………………………………………………………………………….. come da contratto n……………. del …………………………….

In fede.

Firma