



Università
degli Studi di
Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
CLINICA E SPERIMENTALE

Corso di Laurea Triennale in
Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive

Registro delle attività di tirocinio curriculare

Cognome Nome

n° matr., nato/a a

il residente a

in via, n.

Tel. Cell.

e-mail iscritto/a al anno del Corso

di Laurea in Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive

(classe L-24)

Il Coordinatore
(Prof. L. Sorrenti)

SEDE DEL TIROCINIO:

Data	Descrizione Attività Svolta	Orario	Firma del tutor
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
		dalle alle	
TOTALE ORE			

SINTESI ATTIVITA' DI TIROCINIO

Data	Denominazione della struttura	Ore Totali	Firma tutor esterno	Firma responsabile ente proponente (prof. Liga)