



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

LIBRETTO – DIARIO
TPV Psicologico POST LAUREAM
(Legge n. 163/2021 e D.I. n. 567/2022)

Nominativo tirocinante:

.....
Matricola (solo per laureati Unipd)
.....

Sede di svolgimento del tirocinio
.....

Nominativo tutor:
.....



MESE DI.....

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare per ogni mese svolto

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	



MESE DI.....

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare per ogni mese svolto

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	



MESE DI.....

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare per ogni mese svolto

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	



MESE DI

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare per ogni mese svolto

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	



MESE DI

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare per ogni mese svolto

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	



MESE DI

Data	Tot ore al giorno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Data	Tot ore al giorno
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

*Da compilare come ultimo mese

Per un'indicazione relativa al quantitativo di ore giornaliere da svolgere, si rimanda al regolamento

ATTIVITA' SVOLTA	
TOTALE delle ORE SVOLTE	
TOTALE ORE PERIODO DI TIROCINIO	

ATTESTAZIONE DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO

Si dichiara che il/la tirocinante ha svolto il tirocinio nel periodo dal al.....
 Presso
 per complessive ore.....
 sotto la supervisione della/del Dott.ssa/Dott.....
 iscritto all'albo A della Regione, N° in conformità con quanto previsto dal Progetto formativo individuale.

Valutazione finale

Si dichiara la seguente valutazione della/del Tirocinante per ognuna delle competenze professionali e capacità organizzative/relazionali riportate:

* Legenda: A = ottimo; B = buono; C = discreto; D = sufficiente; E = insufficiente; F= non applicabile

Valutazione delle ABILITA' PROFESSIONALI ACQUISITE dalla/dal tirocinante**	Livello*					
	A	B	C	D	E	F
Conoscenza e applicazione delle teorie e degli strumenti alla pratica psicologica						
Uso appropriato di strumenti e tecniche psicologiche per la raccolta di informazioni per effettuare un'analisi del caso e del contesto						
Progettazione e/o implementazione di un intervento professionale teoricamente fondato e basato sulle evidenze scientifiche						
Redazione di un report e/o restituzione al paziente/cliente/utente/istituzione/organizzazione						
Conoscenza e padronanza delle implicazioni etico/deontologiche delle attività svolte						
Progettazione di attività di ricerca						

**La valutazione insufficiente (livello E) in una delle abilità professionali richieste comporta il giudizio di NON IDONEITA' e la conseguente individuazione, da parte del/della tutor, di un monte ore di tirocinio sufficiente all'acquisizione di tale abilità.

Valutazione delle CAPACITA' ORGANIZZATIVE/RELAZIONALI della/del tirocinante	Livello*					
	A	B	C	D	E	F
Puntualità e rispetto del regolamento della struttura						
Capacità di stabilire adeguate relazioni con pazienti/clienti/utenti/istituzioni/organizzazioni						
Capacità comunicative e relazionali con colleghi e responsabili						
Capacità di lavorare in gruppo						
Adattabilità e flessibilità nel lavoro richiesto						

GIUDIZIO FINALE

Si ritiene la/il tirocinante

IDONEO

NON IDONEO (motivare il giudizio)

Data

Firma
